Choroby wątroby, trzustki i śledziony

opracował

Dr. Wilhelm Pisek
Prymaryusz szpitala we Lwowie.

Osobne odbicie z dzieła zbiorowego „Nauka o chorobach wewnętrznych", T. III., wydanego pod redakcyą prof. W. Jaworskiego w Krakowie.

W Krakowie.
Nakładem księgarni H. Altenberga we Lwowie.
Odbito w drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego
pod zarządem Józefa Filipowskiego.
1904.

Choroby wątroby, trzustki i śledziony

opracował

Dr. Wilhelm Pisek
Prymaryusz szpitala we Lwowie.

Osobne odbicie z dzieła zbiorowego „Nauka o chorobach wewnętrznych“, T. III., wydanego pod redakcyą prof. W. Jaworskiego w Krakowie.

W Krakowie.
Nakładem księgarni H. Altenberga we Lwowie.
Odbito w drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego
pod zarządem Józefa Filipowskiego.
1904.

Choroby wątroby, trzustki i śledziony

opracował

Dr. Wilhelm Pisek,

prymaryusz szpitala we Lwowie.

I.

Choroby wątroby.

Wątroba przesznurowana.

Długotrwały ucisk wskutek zbyt silnego opasywania się pasami, sukniami, kaftanikami, najczęściej sznurówką u kobiet, wywołuje, przeważnie za pośrednictwem żeber, (mniej przez ucisk bezpośredni na wątrobę), trwałe obniżenie się wątroby, przyczem wytwarza się na przedniej powierzchni jej prawego płatu brózda poprzeczna. Z czasem wydłuża się część przybrzeżna wątroby w postaci guza, niby płatu dodatkowego do prawego płatu wątroby. Sam zaś oddzielony ten płat okazuje jeszcze nieraz językowate, palczaste wydłużenie. Płat taki łączy się z wątrobą wązkim mostem zanikłej tkanki wątrobnej. Białawe lub mlecznobiałe smugowate zgrubienie torebki, jako wyraz przewlekłej sprawy zapalnej, wyraźnie znaczy tę brózdę. Czasem wytwarzają się i zrosty błon surowiczych w sąsiedztwie. Macając podbrzusze prawe, wyczuwa się guz podłużgowaty, nieco ruchomy, mało lub wcale niebolesny, zazwyczaj 3 do 4 palców szeroki, 4 i więcej palców długi, wychodzący z prawego płatu wątroby. Nie zawsze można ściśle wykazać ten związek, a omyłki rozpoznawcze nie należą do wyjątków, zwłaszcza z prawą nerką ruchomą. Rozpoznanie ułatwia tu stwierdzenie wzajemnego stosunku topograficznego okrężnicy do nerki i do wątroby. Jeszcze częściej biorą lekarze płat oddzielony za nowotwór, a dopiero sekcya wykazuje pomyłkę. Pamiętać również trzeba, że czasem może się zdarzyć oddzielenie (przesznurowanie) lewego płatu.

Chorzy, przeważnie chore kobiety, nieraz wcale nie odczuwają tej nieprawidłowości; również i przedmiotowo nie można wykazać innych zboczeń. U innych znów chorych okolica oddzielonego płatu bywa obolałą, a chore uskarżają się na dolegliwe objawy uciskowe. Najczęściej pochodzą te objawy od przekrwienia zastoinowego w oddzielonym płacie, a jeszcze częściej równocześnie istnieje (nieraz następowa) kamica żółciowa. Czasem wskutek ucisku na przewód żółciowy wspólny wytwarzają się zastoiny w przewodach żółciowych lub rozdęcie pęcherzyka żółciowego, często i niewymacalnego, zasłoniętego wydłużonym płatem wątroby.

Obraz choroby bywa jeszcze i z tej przyczyny zamglony, ponieważ równocześnie mogą istnieć najróżnorodniejsze sprawy zapalne i nowotworowe w najbliższem otoczeniu woreczka żółciowego lub okrężnicy i kątnicy *(coecum)*. Z drugiej znów strony należy pamiętać, że długotrwały ucisk na wątrobę może sprowadzić cały szereg zaburzeń, choć chora już dawno sznurówki nie nosi. Zbiór objawów następowych słusznie objęto mianem „choroby gorsetowej“, na co składają się: kamica żółciowa, zapalenie i rozdęcie woreczka żółciowego, zapalenie kołowątrobne, nawet rak następowy. Do tych cierpień właściwych wiekowi dojrzałemu, należy doliczyć jeszcze u młodszych chorych liczne przypadłości nerwowe i żołądkowe; długotrwałe zboczenia w krążeniu krwi trzew brzusznych muszą z czasem sprowadzić trwałe następstwa chorobowe. O leczeniu przesznurowania wątroby mowy niema. Ulgę sprawi niewątpliwie usunięcie jak najrychlejsze ucisku, działającego na wątrobę, usunięcie sznurówek, opasek i t. d. Czasami podpaska brzuszna dla podtrzymania opadłych trzew, więc i wątroby, albo elastyczny pas na podbrzusze, pelota, sprawiają chorym ulgę. Znane są przypadki, gdzie jedynie zabieg chirurgiczny uzdrowił chorą, a raz nawet oddzielony płat (lewy) odcięto. Leczenie zapobiegawcze ma tu wielką sposobność do popisu, zwłaszcza że następstwa ucisku (sznurówek, pasów i t. p.) odczuwa nietylko wątroba, ale odczuwają je prawie wszystkie narządy jamy brzusznej, a po części i klatki piersiowej.

Oprócz użycia szelek, niezbędną jest rzeczą zmniejszenie ciężaru sukien, szczególniej u dziewcząt młodych.

Opadnięcie wątroby.

Hepatoptosis.

Wątroba ruchoma jest zazwyczaj tylko jednym z objawów ogólnego opadnięcia trzew (*enteroptosis*), choroby Glénarda. Wątrobę utrzymują w prawidłowem położeniu: sprężystość i napięcie ścian brzusznych, żołądka i jelit, obok równoczesnego wypuklenia przepony ku górze. Wypuklenie to ma swe źródło w działaniu płuc. Wątroba przylega całą swoją wypukłą powierzchnią surowiczą do przepony, ślizgając się niejako przy ruchach oddechowych po otrzewnej przeponowej. Więzadła wątrobne i zdwojenia otrzewnej chronią wątrobę od ruchów poprzecznych, zbyt znacznych. Również i ścisłe przyleganie wątroby do żyły głównej dolnej *(v. cava inferior)* nie jest bez znaczenia. W przypadkach chorobowych więzadła wydłużają się, wątroba oddala się od przepony, n. p. wskutek puchliny brzusznej, i zstępuje ku dołowi, nieraz aż do miednicy. Stały przyczep zapomocą więzadła obłego *(ligamentum teres)* skręca przytem wątrobę koło osi poziomej, zwracając nieco jej powierzchnię dolną ku przodowi.

Zwiotczenie ścian brzusznych, rozstęp *(diastasis)* mięśni brzusznych, brzuch obwisły, wielokrotne ciężkie porody, oto najgłówniejsze powody opadnięcia wątroby; rzadziej i mniej wpływają tu ciężka, długotrwała praca fizyczna, kaszel, szybkie wychudnienie, czasem uraz, wrodzona wątła budowa, której objawem znamiennym ma być ruchomość dziesiątego żebra *(costa decima fluctuans)*, brak jego przyczepu chrząstkowego *»stigma costale«*.

Według Landaua różróżniamy kilka stopni wątroby ruchomej:

1. Nieznaczne opadnięcie wątroby z równoczesnem pochyleniem ku przodowi, albo ku tyłowi *(descensus cum anteversione aut retroversione)*.

2. Znaczne opadnięcie wątroby z przesunięciem całkowitem ku stronie

prawej, przyczem prawy płat znacznie obniżony, a lewy podniesiony, lub naodwrót; albo też oprócz znacznego opadnięcia wątroby stwierdzamy przechylenie się wątroby ku przodowi lub ku tyłowi.

3. Wątroba pionowo lub skośnie ułożona; prawy płat na swem miejscu, albo wątroba w całości przesunięta na prawo, z obniżeniem znacznem płatu lewego.

Przebieg, rokowanie i objawy. Choroba sama zazwyczaj nie sprowadza szczególniejszych, cięższych przypadłości. Ważną jest rzeczą, na co zwrócił uwagę Bernhardt (z Łęczycy), że stosunkowo nierzadko, bo w 6·5% wszystkich przypadków, wikła się wątroba ruchoma z rakiem wątroby. Z objawów podają chorzy najczęściej mniej lub więcej dotkliwe bole w prawem podbrzuszu, czasami powstające napadowo. U niektórych chorych ustępuje kaszel w pozycyi poziomej, albo też po założeniu opaski, podtrzymującej wątrobę (*tussis hepatica Hippocratis*). Nierzadkie są i żołądkowe przypadłości. Niektórym chorym wydaje się, jakby się coś »w brzuchu ruszało«, »chodziło". W drodze odruchowej zjawiać się mogą i omdlenia. Wyjątkowo może się pojawić i żółtaczka, oczywiście mechaniczna, albo przy opadnięciu innych trzew rozwija się ogólna chera (*cachexia gastroptotica*).

Rozpoznać opadnięcie wątroby, gdy niema puchliny, nie jest rzeczą trudną. Uderza ona w dolnej części jamy brzusznej swoją wielkością, znamiennym kształtem i łatwą przesuwalnością ku prawemu podżebrzu. Brak stłumienia wątrobnego powyżej prawego łuku żebrowego i obniżenie jawnego odgłosu płuc z przodu jest ważną wskazówką. Pomimo to pomyłki z nowotworami nerek lub innych narządów nie należą do rzeczy wyjątkowych, zwłaszcza gdy wątroba ruchoma jest chorobowo znacznie zmienioną lub powiększoną.

Zapobiegawczo dużo można uczynić, n. p. w okresach popołogowych. Stosowne zachowanie się kobiet, noszenie dobrej opaski, faradyzacya, umiejętne miesienie, mogą zapobiedz wytworzeniu się brzucha obwisłego. W leczeniu, oprócz spokoju, po odprowadzeniu, niewielka bywa niestety korzyść z gorsetów (Landau), pelot brzusznych, gumowych i opasek flanelowych. Za to zabiegi chirurgiczne, które w ostatnich latach poczęto stosować (Rydygier, Péan) szczególniej w okresach rozwijającej się chery, rokują wielkie korzyści.

Wcześniejsze stosowanie przyrządów mechanicznych i zabiegów chirurgicznych, uchronią może chore od powikłań i od raka.

Przekrwienie wątroby.

Hyperaemia hepatis.

Ilość krwi w wątrobie ulega nieustannym wahaniom. Już to, że żyły wątrobne bezpośrednio wpadają do żyły dolnej głównej (*vena cava inf.*), wskazuje wyraźnie, w jak znacznym stopniu czynność serca i płuc, zmieniająca w całym układzie naczyniowym parcie krwi, tudzież, jak wszelki wysiłek fizyczny mogą działać na odpływ krwi żylnej z wątroby. Oprócz tego zmienna zawartość krwi w dwóch naczyniach doprowadzających: w tętnicy wątrobnej i w żyle wrotnej, w wysokim stopniu wpływać musi na wielkość wątroby; niema też prawie choroby, któraby pośrednio lub bezpośrednio nie zaznaczała się bodaj drobnemi zmianami w ukrwieniu wątroby.

Czynne przekrwienie, powstałe wskutek zwiększonego przypływu krwi do wątroby, (jakkolwiek badaniami pośmiertnemi bardzo trudno je stwierdzić),

ukazuje się niewątpliwie jako patologiczny objaw kliniczny, rzadziej może jako swoista choroba.

Etyologia: *a*) Przekrwienia trawienne i toksyczne. Przekrwienie wątroby, prawidłowo towarzyszące trawieniu, przedłuża się nadmiernie u ludzi dużo i często jadających. Zazwyczaj działa przytem drażniąco równocześnie spożywany wyskok. Niemniej przyprawy korzenne, kawa, wreszcie obficie wytwarzające się toksyny jelitowe, brak ruchu, sprzyjają nawałom do wątroby. Z biegiem czasu wobec równocześnie rozwijającej się znacznej otyłości wytwarzają się szczególniejsze objawy następowe w wątrobie i w innych trzewach brzusznych, wreszcie i w całym ustroju; objawy te znamy oddawna jako krwistość trzew brzusznych (*plethora abdominalis*). Dalszy przebieg zależy od zboczeń w tych narządach, które najbardziej ucierpiały. Skaza cukrzycza i dnawa (artrytyczna) również sprawiają przekrwienia wątroby, stanowiąc niejako przejście do następnego rodzaju.

b) Przekrwienie zakaźne. Choroby zakaźne niewątpliwie bywają przyczyną czynnego przekrwienia wątroby, a w następstwie i zwyrodnień samego miąższu.

W okolicach podzwrotnikowych znane są przypadki przekrwień, dające nieraz początek ropniom wątroby.

c) Przekrwienia miesiączkowe. Wielce prawdopodobnem jest istnienie przekrwień wątroby, jako objawu zastępczego lub towarzyszącego miesiączkowaniu, czasem i w okresie przekwitania, po dłuższem ustawaniu miesiączki.

d) Tępy uraz, działający na wątrobę, może wywołać przekrwienie, nawet wybroczynę, wraz z następstwami.

e) Wątpliwą wszakże jest rzeczą, czy z nadmiernej pracy umysłowej lub skutkiem silnych bodźców psychicznych, albo też z przestrachu i z histeryi powstawać mogą przekrwienia wątroby.

Objawy i rozpoznanie. Przekrwienie wątroby zjawia się albo jako sprawa ostra, przemijająca lub z nawrotami — albo też jako sprawa przewlekła, z okresami zaostrzenia się. Jasną jest rzeczą, że sprawy te łatwo przejść mogą w groźne stany zapalne wątroby (*hepatitis acuta et chronica*); często niepodobna ocenić, czy przekrwienie jest czynne, czy też bierne, mechaniczne; nieraz bowiem mogą istnieć współcześnie oba rodzaje. Jeżeli wątroba nie jest zbyt powiększona, jeżeli zmiany rychło ustępują i jeżeli brak innych powikłań, będziemy upatrywali w tem przekrwienie czynne, czyli, że przebieg choroby rozstrzyga o jej rozpoznaniu. Najczęściej bowiem przekrwienie to jest tylko jednym z objawów, zwiastujących głębsze zmiany miąższu wątroby. Chorzy żalą się na bole w okolicy wątroby, zawadę przy ruchach i przy układaniu się na prawy bok, gniecenie w dołku podsercowym, wzdęcie i zgagę. Objawy te potęgują się podczas okresu trawienia. Podwyższenie ciepłoty, przypadłości ogólne i t. d. zależą zazwyczaj od choroby pierwotnej.

Rokowanie i leczenie. Postacie przejściowe dają korzystne rokowanie, jeżeli możemy usunąć przyczyny, jak n. p. zbyt obfite żywienie się, wyskok i t. p. Tam, gdzie przekrwienie wątroby jest objawem, towarzyszącym innym chorobom, bywa leczenie głównej choroby zarazem leczeniem zmian wątroby.

Dyeta zawsze musi być nader skąpa, aby ile możności zmniejszyć pracę wątroby; bezwarunkowo usuwamy wyskok, kawę, pieprz, musztardę i t. p. Natomiast dyetę mleczną zalecać należy. Jarzyny i owoce (przetarte w postaci *purée*), o ile nie sprawiają wzdęcia, również zalecać należy. Wielce skuteczne bywają środki przeczyszczające, odkażające jelita, a więc: sole czy-

szczące, rzewień, liście senesowe, nawet alona *(aloës)*, kruszyna *(cortex frangulae)*, purgatyna.

W ostrych przypadkach, a więc i w przekrwieniach urazowych, koniecznym jest spokój. Jako środki lekarskie zaleca się: lód, chłodnik Leitera, lub okłady wysychające na okolicę wątroby, bańki suche, czasem i cięte, wreszcie i pijawki po należytem przeczyszczeniu. Często konieczną jest i morfina (podskórnie), lub makowiec (wewnętrznie), dla unieruchomienia jelit i dla ukojenia bolów, nietylko w przypadkach ostrych, ale i przewlekłych, chwilowo się zaostrzających. Sztuczne wytworzenie miesiączki usuwa czasem przekrwienie zastępcze wątroby. Typowe przypadki krwistości trzew brzusznych *(plethora abdominalis)*, a więc przekrwienia wątroby przewlekłe z całym szeregiem objawów ogólnych, nadają się do leczenia zdrojowokąpielowego. Chorym zażywnym, otyłym, z zaparciem stolca, zalecamy wody glauberskie zimne: Maryenbad, Tarasp, Morszyn, słone zimne: Kissingen, Homburg, Pyrmont, Soden, wreszcie i Nauheim (odwiedzane najwięcej przez chorych z przewagą objawów sercowych).

Doświadczenie, a bardziej może tradycya, zaleca chorym takim, dotkniętym nadto wybitniejszemi przypadłościami żołądkowemi i jelitowemi, leczenie wodami ciepłemi, t. j. karlsbadzkiemi lub Vichy. Wód leczniczych sztucznych, sumiennie sporządzonych, lub normalnych wód mineralnych według przepisu Jaworskiego (wyroby Rzący i Chmurskiego w Krakowie), można używać z równie pomyślnym skutkiem, jak wód naturalnych.

Pamiętać należy jeszcze i o tem, że leczenie wodami normalnemi w lecie można przeprowadzić w uzdrowiskach klimatycznych, których stosunki klimatyczne są prawie zawsze korzystniejsze, niż większości wymienionych zdrojowisk, przeto i ogólne działanie na ustrój wydatniejsze.

Sposób picia »wód mineralnych« zależy w znacznej części od właściwości chorego. Osobom zażywnym polecimy wypijanie po $^1/_4$ litra 4 razy na czczo, w odstępach około $^1/_4$—$^1/_2$ godzinnych, chorym wrażliwym, słabszym, zmniejszymy tę ilość, albo rozdzielimy dawki: 2 dawki rano na czczo, trzecia na godzinę przed obiadem, a ostatnia w 3—4 godzin po obiedzie. Oczywista, że ruch znakomicie wspiera działanie wód, tworząc korzystniejsze warunki krążenia, oddychania (miesienie samoistne wątroby). Również i umiejętnie stosowane miesienie *(massage)* może być przydatne. W dawniejszych czasach nadzwyczajną wziętością cieszyło się leczenie owocami, w szczególności winogronowe. Jako leczenie dodatkowe w uzdrowiskach południowych posiada ono niewątpliwą wartość. Również korzystną jest rzeczą w przewlekłych zaparciach stolca używanie systematyczne lawatyw letnich z wody czystej, albo też z dodatkiem naparów rumianku, kozłka, centuryi, perzu i t. p. Ongi cieszyły się wielką sławą lawatywy Kämpfa (t. zw. Visceralklystiere): *Rp. Hb. centaurii min., rhizom. graminis, rad. saponariae, rad. taraxaci āā 8, coque cum aq. font. 600, ad col. 300.*

Rodzaj biernego przekrwienia (wątroba muszkatołowa), będący objawem utrudnionego odpływu krwi z wątroby, bywa zazwyczaj okresem przedwstępnym zmian głębszych i dlatego będzie o nim mowa, gdy się zastanowimy nad zanikiem zastoinowym wątroby *(atrophia hepatis cyanotica)* i nad marskością zastoinową.

Ostre miąższowe zapalenie wątroby.

Hepatitis acuta parenchymatosa. Hepatitis diffusa acuta.

Prawie we wszystkich chorobach zakaźnych stwierdzamy zmiany wątroby w postaci zwyrodnienia miąższowego. W ciężkich przypadkach posocznicy nawet budowa beleczek wątrobnych doznaje znacznych zaburzeń, opisanych przez Browicza jako »dyssocyacya«. Komórki wątrobne ulegają cechującym zmianom. Oprócz drobnoustrojów swoistych, działają tu niewątpliwie istoty chemiczne, jady, trucizny. Podobne zmiany widzimy po otruciach fosforem, chloroformem, wodanem chloralu, a poniekąd i wyskokiem (jeżeli wątroba przedtem wskutek długotrwałego nadużywania wyskoku była zmienioną). Ze zwyrodnieniem miąższowem łączą się zwyrodnienia tłuszczowe; w zatruciu fosforem, alkoholem pojawiają się wybitne zwyrodnienia tłuszczowe komórek.

Jako odrębną chorobę, spotykamy ostre zapalenie wątroby, przeważnie w okolicach podzwrotnikowych, w Aleksandryi i w Meksyku, przeważnie u Europejczyków, którzy nie zastosowali trybu żywienia się do stosunków klimatycznych. Wśród wymiotów i biegunki powiększa się wątroba i staje się bolesną; czasem zjawia się lekka żółtaczka. Po kilkunastu dniach objawy te ustępują, zakończenie choroby śmiercią należy do wyjątków. Ropnie rozwijają się najczęściej w następnych nawrotach choroby.

Ostry żółty zanik wątroby.

Hepatitis diffusa gravis. Atrophia hepatis acuta flava. Icterus gravis. Ictère typhoïde.

Ostry zanik wątroby jest najprawdopodobniej szczególniejszą postacią dalej rozwijającego się ostrego zapalenia miąższowego wątroby *(hepatitis parenchymatosa diffusa)*. Pod względem etyologicznym nie jest to choroba jednolita, również i obraz chorobowy bywa różny; pod wpływem działania tego samego czynnika szkodliwego powstają nieraz różne odmiany. Wszystkim przypadkom wspólnemi bywają: daleko posunięte ostre zwyrodnienie, rozpad i zanik miąższu wątrobnego, sprowadzające groźną niedomogę wątroby — najczęściej śmiertelną. W niektórych znów przypadkach bywa choroba wątroby tylko częściowym, współrzędnym objawem ogólnego zakażenia; wreszcie zdarzają się i wyjątkowe przypadki, gdzie sprawa anatomicznie ogranicza się tylko do ostrego zwyrodnienia miąższowego.

Zmiany anatomiczne. Zwłoki osób, zmarłych skutkiem ostrego zaniku wątroby, okazują ogólną żółtaczkę znacznego stopnia, na skórze często rozsiane wybroczyny drobne. W narządach wewnętrznych (pomijając powikłania) powstają zmiany miąższowe i nacieczenia tłuszczowe mięśnia sercowego, nabłonków nerkowych, czasem i mięśni prążkowanych ciała, nabłonków i komórek gruczołowych żołądka, kosmków jelita cienkiego, nieraz i nabłonków oskrzeli i płuc. Wątroba bywa znacznie zmniejszona, szczególniej jej lewy płat; bywa wiotka, pomarszczona, w jamie brzusznej jakby ściągnięta ku kręgosłupowi, pokryta zazwyczaj pętlami jelit; waży nieraz o połowę mniej, niż w stanie prawidłowym. W dotyku ciastowata, czasem krucha; w całości koloru żółtego, na przekroju bardzo miękka, zawiera pośród miąższu żółtego ogniska czerwone. Czasami ogniska czerwone (okres późniejszy) przeważają; żółte, wystercające ponad czerwone, rozsiane są po całej wątrobie w postaci guzków drobnych i większych. Rzadziej bywa przekrój jednostajnie żółty, kontury zrazików zamazane. Ogniska

czerwone są gładsze, nieco jakby łykowate; konturów zrazików, wogóle ich rysunku, nie widać. Powierzchnie przekroju pokrywają się na powietrzu po niejakim czasie nalotem białawym leucyny i tyrozyny. Ogniska żółte są złożone z komórek wątrobnych zwyrodniałych i rozpadających się, zmętniałych, napęczniałych, przeważnie tłuszczowo zwyrodniałych i zniekształtnionych. Ogniska czerwone składają się prawie wyłącznie z jednolitej, wyjątkowo włóknistej, tkanki łącznej, wśród której tu i owdzie nieco miazgi rozpadowej *(detritus)*. I naczynia włosowate krwionośne i żółciowe zanikają wraz z beleczkami komórek wątrobnych. Resztki beleczek, w postaci drobnych kuleczek tłuszczowych, lub grudek barwika, są dostrzegalne tu i ówdzie wśród szerokich przestworów tkanki łącznej. Miejscami jednak dostrzedz można i na najdrobniejszych przewodach żółciowych, na śródbłonkach naczyń krwionośnych, ślady odradzania się. W utkaniu śródmiąższowem widać czasami, szczególniej w przypadkach długotrwających, nacieki drobnokomórkowe i bujanie łącznotkankowe, jakby postacie przejściowe do ostrej marskości wątroby.

Sledziona bywa zazwyczaj znacznie powiększona, soczysta. W jelitach, obok zmian nieżytowych, częste wybroczyny na błonach surowiczych. Również i na błonie śluzowej żołądka i dróg moczowych znachodzą się liczne wybroczyny. Krew przeważnie jest płynna.

Etyologia. Pomijając te wyjątkowe przypadki, w których ostry zanik wątroby ukazuje się jako powikłanie zastoin żółciowych, marskości wątroby, lub stłuszczenia wątroby, znamy dwa szeregi czynników chorobotwórczych: zatrucia i zakażenia. Najczęstszym powodem bywa zatrucie fosforem, wyjątkowo chloroform, grzyby trujące, ołów, wyskok *(alcoholismus)*. Z chorób zakaźnych najczęściej zakażenia połogowe, posocznica i ropnica, rzadziej dur brzuszny lub powrotny, zapalenie płuc włóknikowe, błonica, gruźlica prosówkowa, ciężka zimnica, zapalenie szpiku kostnego, znane są jako przyczyny ostrego zaniku wątroby. Opisano również przypadki w początkach wysypki w kile drugorzędnej. I drobnoustrojów nie brak jako czynnika etyologicznego, choć znamy cały szereg przypadków, w których nie udało się ich ani wykazać, ani wyhodować; wreszcie znane są przypadki, gdzie równocześnie podczas epidemii żółtaczki (łagodnej) zdarzały się i śmiertelne przypadki ostrego zaniku wątroby.

Objawy i przebieg. Początek choroby przypomina swymi żołądkowymi objawami zwyczajną żółtaczkę nieżytową *(icterus catarrhalis)*, przyczem wątroba już wcześnie bywa bolesną i czasem powiększoną (w otruciu fosforem), żółtaczka zaś szybko się rozwija. Żółtaczka jest »żółtaczką z wessania«. Stolce gliniaste, popielate. Brak żółtaczki należy do nadzwyczajnych wyjątków. Z końcem pierwszego lub z początkiem drugiego tygodnia (okres 2gi) ukazują się nagle objawy mózgowe, zamroczenia, rychło i utrata przytomności, majaczenia, śpiączka, nieraz rzucanie się i uporczywe wymioty śluzowe, żółciowe, czasem fusowate lub wyraźnie krwawe.

Badanie wątroby w tym czasie stwierdza: z dnia na dzień zmniejszanie się jej rozmiarów, poczynające się od lewego płatu, aż do zupełnego zniknięcia stłumienia; nawet i wymacać wątroby niepodobna, gdyż cofa się ona ku tyłowi; w tym okresie stwierdzamy również nadzwyczajną bolesność okolicy wątroby i całego brzucha. Śledziona zazwyczaj powiększa się. W połowie przypadków powstają krwotoki w postaci wymiotów i stolców krwawych, u kobiet z macicy, wyjątkowo i na siatkówce; rzadziej zjawiają się krwawienia z nosa. Często występuje bezmocz, znaczna bębnica i zaparcie stolca.

Z wyjątkiem nieznacznej gorączki w początkach choroby, ciepłota ciała nie podnosi się. Ciepłota i później bywa prawidłową, a wraz ze zjawieniem się cięższych przypadłości mózgowych spada nawet poniżej prawidłowej do 35° i 34 C°. W niektórych przypadkach na krótko przed śmiercią stwierdzono nadmiernie wysoką ciepłotę (42·6° C.). Tętno częściej przyśpieszone, w późniejszych okresach wolnieje, a czynność serca wyraźnie słabnie.

Mocz, w ilości skąpej, okazuje szczególniejsze zmiany; często zawiera białko, nieliczne wałeczki z nabłonkami stłuszczonymi, wybitne barwiki żółciowe. Ilość mocznika statecznie maleje, czasem znika w zupełności. Amoniak, wskutek zjawienia się nieprawidłowych wytworów przemiany materyi, t. j. leucyny i tyrozyny (1.5%, dziennie), czasami w ilości nadzwyczajnie zwiększonej. Leucynę i tyrozynę można czasem już w osadzie widzieć w postaci grudek. współśrodkowych kulek z ostrym końcem, lub w postaci igiełek (tyrozyna). Często stwierdzić można i obecność kwasu mlecznego mięsnego, tlenomigdałowego i inozynowego. Cukru nie zauważano. Nadzwyczajne zmniejszenie się ilości mocznika ma swoją przyczynę w rozpadzie miąższu wątrobnego. Zniknięcie zupełne mocznika odpowiada zupełnemu zniszczeniu wątroby, a więc narządu. wytwarzającego prawie całkowitą ilość mocznika (z amoniaku).

Rokowanie jest niepomyślne, szczególniej u ciężarnych, tem gorsze, im przebieg gwałtowniejszy. Częściej (w 30% wszystkich przypadków) przewleka się choroba do 3—5 tygodni i wtedy można czasem spodziewać się zejścia pomyślnego, jeżeli zwłaszcza okres drugi się przewleka. Korzystnym również objawem jest wzmożenie się dyurezy, albo silna biegunka. i to w przypadkach o przebiegu bardziej przewlekłym. Wyjąwszy nader szybko przebiegające przypadki o kilkodniowem trwaniu, ginie przeważna część chorych już z końcem drugiego tygodnia.

Rozpoznanie ostrego zaniku żółtego możliwem jest tylko w okresie rozwiniętej choroby. Żółtaczka złośliwa *(icterus gravis)* autorów jest oznaczeniem połączenia objawów mózgowych z żółtaczką, powstającą w najróżnorodniejszych chorobach, w posocznicy, w durze powrotnym *(febris recurrens)*, w zapaleniu płuc, otrzewnej, w żółtej febrze. Również i w przypadkach Griesingera *biliöses Typhoid,* zjawia się ostry zanik wątroby, przyczem bywa wątroba bolesną i obrzękłą. Główne jednakże znamiona są: *a)* żółtaczka, *b)* groźne objawy mózgowe, *c)* widoczne zmniejszenie się wątroby, *d)* leucyna i tyrozyna w moczu. W przypadkach otrucia fosforem brak nam często wywiadów, a rozróżnienie otrucia od pierwotnego ostrego zaniku wątroby zależeć będzie od drobnych szczegółów. N. p. po otruciu następują odrazu ostre przypady żołądkowe, a po pewnem zwolnieniu objawów, dopiero 3—4go dnia żółtaczka, wątroba bywa przytem bolesna i obrzękła; w pierwotnym zaś zaniku wątroby ogólne niedomaganie początkowe trwa dłużej, żółtaczka rozwija się zwolna, a wątroba od początku statecznie maleje. Mniej pewne są objawy mózgowe. W zwyczajnym zaniku, również i po kile, pojawiają się przypadłości te nagle; stany podniecenia, naprzemian z przygnębieniem; w otruciu zaś przeważają objawy przygnębienia; wreszcie przypadki otrucia zazwyczaj szybciej przebiegają, w niespełna tydzień.

Leczenie. Gdy przypuszczać można otrucie fosforem, to należy podawać stary olejek terpentynowy. Oprócz tego daje się systematycznie leki przeczyszczające. Leki te mają i w zwyczajnych przypadkach ostrego zaniku wątroby pierwszorzędne znaczenie; najlepszy to bowiem sposób usuwania jadów z ustroju. Energiczne stosowanie kalomelu, jalapy, albo obu razem, napary senesu, są tu wskazane. Są to zarazem i najlepsze sposoby odkażania przewodu pokarmowego. Wyłącznie odkażająco działają: bizmut, salol, naftalina, benzonaftol, resorcyna, eudoksyna.

Rp. Calomelanos,
Tuber. jalap. pulv. āā 0·3—0·50.
m. f. p. D. t. dos. Nr. II.
S. Jak wiadomo.

Rp. Benzonaphtholi 0,30.
Natrii bicarbon.
Bismuthi salicylic. āā 0,50.
Mfp. Dtur. t. dos. Nr XII.
S. 3 do 4 proszków dziennie.

Rp. Fol. sennae alex. sine resina 10·0.
f. l. a. inf. ad colat. 180·0.
adde syr. aurant. cort. 20·0.
M. D. S. Co dwie godziny po dwie łyżki stoł. zażywać aż do skutku.

Rp. Saloli 0·30.
Dtur. t. dos. Nr X, in caps. amyl.
S. 4 proszki dziennie.

Na objawy mózgowe działają korzystnie letnie kąpiele, lub bromek potasu, lód na głowę. Wymioty uśmierzamy pigułkami z lodu, kokainą, kodeiną, ostatecznie słabemi dawkami morfiny, przepłukiwaniami żołądka, w razie krwawień, przepłukiwaniem wodą lodową; zaś krwawienie z nosa leczymy środkami ściągającymi, tamponadą, paskami gazy jodoformowej, adrenaliną i t. d.; w krwotokach z jelit daje się lód na brzuch i wykonywa się zimne przepłukiwania jelit. Najczęściej jednak ograniczają się zabiegi lecznicze do leczenia objawowego. W zapadzie zaleca się środki podniecające, jak: kofeina, naparstnica, piżmo, kamfora. — Szybszemu wydalaniu jadów sprzyja również podawanie chorym znaczniejszej ilości wody i mleka, a w razie potrzeby zaleca się wlewania podskórne *(hypodermoclysma)*, lub wlewanie do żył fizyologicznego (0·9%) roztworu soli kuchennej.

Ropień wątroby.

Abscessus hepatis. Hepatitis suppurativa.

Etyologia. Znamy trzy rodzaje ropni wątroby: *a)* pierwotne, *b)* przerzutowe i *c)* szerzące się z sąsiedztwa.

Ropnie pierwotne rozwijają się często z nieznanych przyczyn, w ustroju zresztą zdrowym, jak n. p. ropnie w krajach podzwrotnikowych. Do pierwotnych zaliczyć wypada ropnie, powstające po silnych urazach. Przerzutowe ropnie, najczęstsza postać ropnego zapalenia wątroby, rozwijają się w przebiegu ropnicy i posocznicy jako jeden z jej objawów, przy współudziale chorobotwórczych bakteryi, krążących we krwi, a więc z pomocą krążenia krwi, albo też drogą przewodów żółciowych (Zob. T. I, str. 325.). Wszelkie tedy ropienie na całym obszarze żyły wrotnej może być powodem wytworzenia się ropni wątroby; wyjątkowo dostają się bakterye przez tętnicę wątrobną do miąższu wątroby. Ropnie wątroby w toku dysenteryi krajów gorących, w zapaleniu ropnem żyły wrotnej *(pylephlebitis supp.)* zaliczyć można do tej gromady.

Ostatni rodzaj stanowią sprawy wrzodziejące, nowotwory rozpadające się w sąsiedztwie wątroby, a więc w pęcherzyku żółciowym, w żołądku i t. d., wreszcie ropne sprawy kątnicy *(coecum)*. W tych przypadkach ropienie przenosi się na sąsiednią tkankę wątrobną, która nieraz przy współdziałaniu zastoin żółciowych obumiera na znacznej przestrzeni *(hepatitis sequestrans)*. Podobnie tworzą się ropnie wątroby skutkiem ropnego zapalenia przewodów żółciowych *(cholangitis supp.)*; wyjątkowo też skutkiem bąblowców (*echinococcus*) lub glist.

Do nadzwyczajnych rzadkości należy ropień wątroby promieniczy (*actinomycosis*), opisany przez Littena. Najczęściej rozwijają się ropnie drogą żyły wrotnej. Tędy dostają się do miąższu wątroby paciorkowce, gronkowce, prątek okrężnicy (*b. coli commune*), promienica, pełzaki (*amoeba*) dysenteryi i t. d., rzadziej służy ku temu tętnica wątrobna, albo żyły wątrobne. Wogóle z wszelkich spraw wrzodziejących w różnych odcinkach przewodu pokarmowego, mogą w następstwie powstawać ropnie wątrobne; dość często zdarzają się te ropnie po wszelkiego rodzaju owrzodzeniach, niekiedy po operacyach odbytnicy.

Zdarzają się także przypadki powikłane, należące jakby do kilku kategoryi.

Często bakterye, krążące we krwi, sadowią się w ognisku wątrobnem, na które oddziałał uraz, albo w miąższu wątrobnym zmiażdżonym, przez co dają początek ropniom. Bakterye ropotwórcze dostają się też do ran, powstałych z cięcia, postrzału i t. d.

W jaki znów sposób zakaźne zatory wogóle do wątroby się dostają, jest rzeczą tylko w części wyjaśnioną. Z krwią żylną z obwodu, musiałyby te zatory przejść przez płuca.

Anatomiczno-patologiczne zmiany w wątrobie zbadano najdokładniej w przypadkach ropnicy.

W wątrobie, nieraz znacznie powiększonej, widać już gołem okiem guzowate, kuliste wypuklenia różnej wielkości, nastrzykane. Po nacięciu przedstawiają się te guzki. jako ropne ogniska rozmaitej wielkości, bo od główki od szpilki, aż do wielkości głowy dziecięcia. Do jam ropni zwisają strzępy obumarłej tkanki wątrobnej. Treść jam stanowi ropa, często z żółcią i krwią zmieszana; treść bywa czasem jałową. Pod drobnowidem stwierdzamy w naczyniach włosowatych i najdrobniejszych żyłach nader liczne kolonie ziarenkowców ropnych, przechodzące miejscami i na tkankę wątrobną. Komórki wątrobne w sąsiedztwie bywają napęczniałe, częścią rozpadające się. Obok tego widoczne są nacieki zapalne drobnokomórkowe w różnych okresach, aż do okresu wytworzonych ropni.

Objawy i przebieg. Ropień wątroby prawie nie ma cechujących objawów. W przypadkach zakażenia ogólnego niepodobna oddzielić objawów samego ropnia wątroby od objawów, mających swe źródło w zmianach innych narządów, lub od przypadłości, będących wyrazem zakażenia ogólnego. Przerzuty w najróżnorodniejszych narządach składają się na jeden obraz; jeżeli jednak wątroba w całości jest znacznie powiększona, bolesna, albo zawiera chełboczące guzy, albo gdy można palcem wymacać na guzowatościach jakby dołki, wreszcie, gdy przypadkowo mamy stłumienie wypukowe, sięgające ku górze ponad górną granicę wątroby, wtedy z wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznać możemy (jeżeli stan ogólny za tem przemawia) ropnie wątroby. Czasem nakłucie próbne wyjaśni wątpliwości. W niektórych przypadkach stwierdzić możemy bolesność wątroby na ściśle ograniczonej przestrzeni, promieniowanie bolów ku prawej łopatce ku prawemu barkowi. Bole te barkowe są prawie znamiennym objawem ropnia wątroby. Bole te powstają wskutek zadrażnienia prawego nerwu przeponowego (*n. phrenicus*), a właściwie jego gałązek, rozgałęziających się po torebce wątroby. Nerw przeponowy ma połączenia z 4tym n. karkowym. Ze względu na częstość ropni w prawym płacie spotykamy się też częściej z bolami prawego barku. Często jednak pomimo licznych ropni bywa brak bolesności, jeżeli otrzewna nie jest zajętą. Oprócz tych miejscowych objawów ukazują się i przypadłości ogólne.

Żółtaczka zaledwie w 16% przypadków stwierdzona, ma częściej swoje źródło w mechanicznych przeszkodach. Czasem zjawia się kaszel (*tussis hepatica*), suchy, urywany. Utrudnienie oddechu z powodu zmian (powiększenie, bolesność) wątroby, dość często się zjawia, jak również i następowe zapalenie płuc. Wyjątkowo zdarza się i puchlina brzuszna wskutek ucisku na żyłę wrotną. Śledziona bywa powiększoną.

Gorączka, czasem przerywana, lub zwalniająca, nie przybiera właściwie znamiennego toru (Zob. T. I, str. 327.). Czasem brak gorączki, w przeważnej liczbie przypadków jednak gorączka jest trwała, choć nader zmienna; dochodzi i do 41° C. z cechami gorączki ropniczej, z dreszczami i t. d.

Wobec tego, że w jednych przypadkach ropień wątroby jest jedyną zmianą chorobową, w innych jest tylko jednym z objawów, również i przebieg choroby okazuje bardzo znaczne różnice. Począwszy od przypadków uta-

jonych z nieznaczną, lub »wygasłą« jadowitością, aż do ciężkich, tygodniami i dłużej wlokących się ropnic, istnieją najrozmaitsze przypadki przejściowe.

Zejście najczęściej bywa niepomyślne, wskutek: *a*) przebicia ropnia do jamy otrzewnej, *b*) wskutek zakażenia ogólnego. Wyjątkowo utrzymać można chorego przy życiu, gdy nastąpi otorbienie ropnia, lub przebicie do jelit, albo przebicie na zewnątrz Opisywano przypadki szczęśliwe, w których ropień pękł do płuc. Przebicie ropnia zdarza się w 50% przypadków w ogólności; z tego w 43% do oskrzeli, jednak często, bo w 19%, do jelit lub do jamy brzusznej, wreszcie w 15% do jamy opłucnej prawej. W innych przypadkach ropnie drążyły do żołądka, osierdzia, do miedniczki prawej nerki.

Rokowanie, jak widać, jest wątpliwe, raczej niepomyślne. Nawet w tych przypadkach, w których nacięto ropień wątroby, nie mamy pewności, czy nie ma tam jeszcze kilku mniejszych ropni.

Rozpoznanie jest często bardzo trudne. Mnogich ropni nie można odróżnić od ropnego zapalenia przewodów żółciowych. Łatwiej rozpoznać większy ropień pojedynczy, gdyż oprócz bolów wątroby, powiększenia stłumienia wątrobnego ku górze, znamiennych bolów barkowych, stwierdzamy jeszcze często chełboczący guz wątroby; wątpliwości co do zapalenia opłucnej, płuca, rozstrzyga wynik badania: wypukła ku górze linia stłumienia wątrobnego. wypuklenie się dolnych żeber, (mniejsze znaczenie ma powiększenie wątroby ku dołowi), przemawiają za ropniem wątroby. Trudności są jeszcze większe wobec ropnia podprzeponowego (*absc. subphrenic.*). Stan gorączkowy, aczkolwiek nie zawsze, dozwala odróżnić tę chorobę od rozpoczynającego się raka. Bąblowce różnią się od ropni tem, że rozwijają się daleko wolniej, że brak objawów zapalnych, a istnieją znamienne szmery, »drżenie wodunkowe« (*Hydatidenschwirren*). Brak również chełbotania; jeżeli bąblowiec nie jest zropiały, bywa w dotyku twardy.

Nakłucie próbne najlepiej wykonać trójgrańcem przyrządu Potaina lub Dieulafoy i wciągnąć treść przy otwartym kurku. Można użyć i strzykawki Pravaza; następstw złych prawie nigdy nie ma, drobna ranka zasklepia się rychło. Ważnym jest szczegół, że w ropniaku (*empyema*) opłucnej parcie płynu zwiększa się podczas wdechu, a zmniejsza się z wydechem; przy ropniu wątroby rzecz ma się przeciwnie.

Leczenie ropnia wątroby jest przedewszystkiem chirurgiczne. Nie nakłucie, lecz jedynie nacięcie najczęściej jednoczasowe, jest zabiegiem uzasadnionym i wiedzie do celu. Niektórzy polecają nakłucie i sączkowanie. Przyżeganie obecnie zarzucono. Wczesne zaś okresy, okazujące objawy ograniczonego zapalenia wątroby, wymagają leczenia wewnętrznego. Oprócz bezwzględnego spokoju, dyety płynnej i worka lodowego lub chłodnika Leitera, należy stosować miejscowe upusty krwi w postaci przystawiania pijawek (6—8—10 sztuk) na okolicę wątroby. Upust z żył, przystawiania pijawek *ad anum* nie są stosowne; czasem szkodzą. W przypadkach przewlekających się nalewka jodowa, jodowazogen na okolicę wątroby są usprawiedliwione; przytem należy bacznie uważać na stan żołądka i jelit. Kalomel, później rzewień, liście senesowe w odwarze i t. d. są tu często niezbędne. Wskazania lecznicze w razie przebicia ropni do sąsiednich narządów wynikają jasno w każdym przypadku. Przebicia do jam opłucnych wymagają leczenia wysięku, środków wykrztuśnych, wdychiwań leków żywicznych i t. d., wreszcie i zabiegów chirurgicznych (*pneumotomia*); przebicia do jamy brzusznej leczymy również chirurgicznie (*laparotomia*), zaś przebicia do jelit tylko wtedy wymagają działania naszego, jeżeli

kał dostaje się do ropnia. Szybkie oczyszczenie i sączkowanie ropnia może jeszcze nieraz ocalić chorego.

Przewlekłe zapalenia wątroby.

Hepatitis chronica interstitialis diffusa.

Marskość wątroby.

Cirrhosis hepatis. Leberschrumpfung.

Przez marskość wątroby rozumiemy przewlekłą sprawę zapalną, obejmującą całą wątrobę, okazującą obok głównych zmian utkania podścieliskowego, również zmiany samych komórek wątrobnych. Podobnie tedy, jak podział zapaleń nerki na miąższowe i śródmiąższowe nie daje się utrzymać, tak nie możemy przeciwstawiać zapaleniu miąższowemu, zapalenia śródmiąższowego wątroby. Tyle istnieje różnorodnych podziałów i nazw, tyle istotnych odmian, taki nieraz niestosunek między objawami klinicznymi, a zmianami anatomicznemi, że jedynie tylko objęciem całokształtu choroby usprawiedliwionym być może pewien podział na poszczególne typy. Podział na marskość wątroby pierwotną, gdzie podstawę choroby stanowi zmiana wątroby wskutek bezpośredniego oddziałania bodźców zapalnych i na marskość następową wskutek zboczeń krążenia krwi lub zastoin żółciowych, nie zawsze da się usprawiedliwić, gdyż nieraz z tej samej przyczyny powstają prawie równocześnie: i zmiany anatomiczne wątroby i serca i t. d. Anatomia patologiczna i obserwacya kliniczna pozwalają na rozróżnienie marskości zanikowej *(cirrhosis atrophica)* i marskości przerostowej *(cirrhosis hypertrophica)*, obok postaci mieszanych, wreszcie i takich, które okazują zmiany, cechujące jakieś odrębne zakażenie.

A) **Marskość wątroby zanikowa** *(cirrhosis atrophica, cirrhosis Laenneci)*. Główne zmiany anatomopatologiczne polegają na nadmiernem bujaniu tkanki łącznej podścieliskowej obok zwyrodnienia, zaniku komórek wątrobnych. Marskość zanikowa sprowadza zmniejszenie się wątroby prawie do $^1/_3$ pierwotnej wielkości; barwa wątroby staje się częściej czerwonawożółtawa, czasem brunatnożółtawa. Powierzchnia wątroby bywa nierówna, guzowata, często ziarnista *(atrophia granularis)*, spoistość miąższu znacznie zwiększona, miąższ zazwyczaj chrząstkowato twardy, rzadziej łykowaty, przy nacięciu stawia znaczny opór. Przekrój żółtawy, nierówny, drobnoziarnisty, okazuje wystające, drobne, żółtawe, ostro odgraniczone wysepki, poprzegradzane na kształt siatki, pasmami szarawej tkanki łącznej. Wystające wysepki są to resztki miąższu wątrobnego, grup zrazików wątrobnych, przeważnie zanikłych. Drobnowidowo stwierdzić możemy, że pasma składają się z twardej, prawie modzelowatej tkanki łącznej, przeważnie otaczającej zraziki pierścieniowato, grupami. Oprócz tego widzimy znaczne zmiany naczyń krwionośnych, przedewszystkiem gałązek zrazikowych żyły wrotnej, w postaci zapalenia błon wewnętrznej i zewnętrznej *(peri- et endophlebitis)*. Obraz ten nazywają autorowie marskością żylną prostą *(cirrhosis venosa)*. Rzadziej zajęte bywają żyłki środkowe *(v. central.)* i wtedy mamy t. zw. marskość żylną podwójną *(cirrhosis bivenosa)*. Zmiany w tętnicy wątrobnej, marskość tętnicza *(cirrhosis arteriosclerotica)* zdarzają się rzadziej. Obok zaniku miąższu i rozległego zaniku naczyń krwionośnych stwier-

dzamy jednakże niewątpliwie zmiany, świadczące o nowotworzeniu się naczyń krwionośnych, wychodzące z tętnicy wątrobnej. Komórki wątrobne okazują wybitne zmiany zanikowe obok zwyrodnienia barwikowego. Zwyrodnienie tłuszczowe komórek, martwica skrzepowa, również nader często dają się wykazać. Przewody żółciowe międzyzrazikowe okazują najmniej zmian.

Obrzęk śledziony przewlekły jest cechującą zmianą następową marskości wątroby. Tegoż samego pochodzenia są zmiany zastoinowe na błonach śluzowych przewodu pokarmowego i w trzustce. Puchliny brzusznej nie brak nigdy. Zmiany te nieraz są równorzędne ze zmianami w sercu *(myocarditis)* i z marskością nerek *(nephritis chr. interst.)*. Anatomiczne powikłania bywają najróżnorodniejsze i prawie nie ma narządu, wolnego od zmian. Sama wątroba oprócz marskości okazuje nieraz skrobiawicę, ropnie. kamicę żółciową i t. d. Gruźlica płuc wikła również dość często obraz marskości wątroby.

Etyologia. Marskość wątroby stanowi około 1% wszystkich zmarłych. Na mężczyzn przypada 73%, na kobiety 23%. Największa liczba dotyczy wieku między 40—65 r. życia. Jako przyczyny marskości wątroby znamy:

1. Przewlekłe zatrucie wyskokowe. Jest to najczęstsza przyczyna; nałogowe picie wódki latami, dostarcza najwięcej przypadków, stąd też jest usprawiedliwioną i nazwa »wątroba pijaków«. Zdaje się, że wyskok dostaje się do wątroby wprost, drogą żyły wrotnej i dlatego też początki zmian zjawiają się najczęściej w obwodzie zrazików. Jasną jest rzeczą, że oprócz osobniczych właściwości również inne czynniki mają tu ważne znaczenie, a mianowicie: alkohol amylowy (fuzel, niedogon), który zgubniej działa, niż alkohol etylowy, jakość i zgęszczenie (stopień) wyskoku, napełnienie żołądka potrawami, rozdział poszczególnych dawek, równoczesny nadmierny dowóz pożywienia, drażniące potrawy, brak ruchu i t. d. Przypadki marskości z nadużycia piwa lub wina, są wprawdzie znane, ale zdarzają się rzadko, być może dlatego, że w tych napojach wyskok jest bardzo rozcieńczony.

2. Przewlekłe zakażenia: *a)* Kiła *(syphilis)* jakkolwiek rzadko, ale niewątpliwie może sprowadzić marskość wątroby, częściej u dzieci dziedzicznie kiłowatych. W tych przypadkach wątroba jest gładszą, twardą *(Feuersteinleber)*. Również i w otoczeniu kilaków powstają ogniska marskości wątroby. *b)* Zimnica, szczególniej w okolicach, gdzie panuje nagminnie, jak to n. p. w okolicy Krakowa wykazano (27% z kliniki E. Korczyńskiego). Również i *c)* gruźlicę, szczególnie przewlekłą, uznano za czynnik etyologiczny marskości.

3. Wyjątkowo zdarzają się przypadki, gdzie n. p. przewlekłe zapalenie otrzewnej przenosi się na wątrobę i tu drążąc w głąb miąższu, sprowadza zmiany, wielce zbliżone do marskości wątroby; czasem znów wskutek zgrubienia torebki wytwarza się częściowy zanik miąższu. Co do udziału zapalenia okołowątrobnego *(perihepatitis)* zob. str. 137. Ogólne zwapnienie tętnic może sprowadzić i w wątrobie stwardnienie i częściowy zanik miąższu *(cirrhosis senilis praecox, atrophia senilis hepatis)*. Ta marskość nie dochodzi jednak do znaczniejszego stopnia. Również i zastoiny żółciowe sprowadzić mogą marskość wątroby (o czem niżej). Wątpliwą jest rzeczą, czy fosfor, arszenik, ołów. pryszczawki, wreszcie czy skazy, jak dna, cukrzyca, zdolne są wytworzyć marskość wątroby u ludzi, jakkolwiek niektóre przypadki zdają się za tem przemawiać. Tożsamo tyczy się następstw stosowania przez czas długi silnych środków czyszczących *(drastica)*. Nie ulega wątpliwości, że zdarzają się przypadki marskości wątroby bez znanej przyczyny. Przypuszczamy wówczas, że jakieś nieprawidłowe wytwory trawienia jelitowego wspólnie z małemi nawet

ilościami wyskoku, działając dłuższy czas, sprowadzić wreszcie mogły marskość wątroby. Według mojego doświadczenia nie można twierdzić, by marskość wątroby częściej się pojawiała w warstwach uboższych.

Objawy i przebieg. Doświadczenie uczy, że choroba już znacznie postąpiła, zanim ją chory lub lekarz spostrzeże. Początkowe okresy nie mają żadnych cech znamiennych. Chorzy z rozwiniętą marskością choroby opowiadają, że już na kilka lat przedtem okresowo, co kilka dni, doznawali bolów w okolicy wątroby, uczucia pełności, ciążenia w prawem podżebrzu, lub też przypadłości żołądkowojelitowych, niestrawności, zgagi, wzdęcia i t. p. Najbardziej w oczy wpadającym objawem jest w okresach początkowych brak łaknienia i nieregularny stolec. Zaburzenia te oczywiście podkopują ogólny stan odżywienia i tem też tłómaczy się często spostrzegana cera charłacza, lekki odcień żółtaczkowy spojówek i ogólny upadek sił. W tych wczesnych okresach uważny lekarz może już stwierdzić obrzęk śledziony, wyraźne stwardnienie wątroby, ściemnienie moczu, bębnicę. Stopniowo, po roku lub wcześniej, stwierdzić można niewątpliwie zmniejszanie się wątroby, obrzęk śledziony i zjawienie się puchliny brzusznej. Najczęściej widzi lekarz chorych w tym czasie. U chorych, przedtem otyłych, z obfitą podściółką tłuszczową na brzuchu, nie uwydatnia się zbytnio puchlina brzuszna; dopiero gdy ogólne wychudnienie znacznie postąpiło, niestosunkowo wielki brzuch zwraca uwagę chorego i jego otoczenia. Równocześnie powstaje dość często biegunka, tygodniami trwająca, zaparcie stolca zjawia się coraz rzadziej, czasem bywają stolce krwawe, nieraz i groźne krwotoki jelitowe. Brzuch bywa nadmiernie wzdęty, o lśniących powłokach, z pod których przeświecają rozszerzone żyły, nieraz na kształt wieńca lub promienistych wstęg *(caput Medusae)*, nadając charakterystyczne piętno całemu obrazowi chorobowemu. Puchlinie brzusznej towarzyszą ciężkie objawy duszności z całym szeregiem następstw. Obrzęki kończyn dolnych ukazują się dopiero w końcowych okresach, a chorzy, stopniowo nędzniejąc, giną po kilku (7—9) latach, jeżeli jakieś powikłanie nie położyło wcześniej kresu cierpieniom.

Wątroba jest znacznie zmniejszoną. Wcześniej wykryć można zanik lewego płatu. Wątroba nieraz ukryta pod przeponą, zaledwie przy głębszym oddechu daje się w całości wymacać, nieraz dopiero po wypuszczeniu płynu z jamy brzusznej. Jeżeli puchlina brzuszna nie jest zbyt znaczna, można wymacać wątrobę, stosując krótkie uderzenia końcami palców. Wtedy czujemy brzeg wyraźny, twardy, czasem i powierzchnię nierówną, guzkowatą. Jeżeli rozedma płuc nie stanowi przeszkody w opukiwaniu, wtedy można, dokładnie opukując od dołu, wykazać zmniejszenie znaczne rozmiarów wątroby, czasem tak znaczne, że w linii sutkowej brak zupełnie stłumienia wątrobnego. Żółtaczki zazwyczaj nie ma.

Bezpośredniem następstwem zmian anatomicznych wątroby, rozrostu tkanki łącznej, zaniku naczyń krwionośnych, włosowatych gałązek żyły wrotnej, są objawy zastoinowe, a więc przekrwienia bierne w całym przewodzie pokarmowym, stąd przewlekłe nieżyty, biegunka, krwawienia, czasem bardzo znaczne krwotoki, jak również i wymioty krwawe. Opisywano pęknięcia żylaków tuż obok wpustu lub w dolnym odcinku przełyku, czasem nawet już we wczesnych okresach choroby.

Śledziona zawsze znacznie się powiększa, i to już w okresach wczesnych. Rozmiarami przewyższa w dwójnasób, czasem w trójnasób prawidłową śledzionę. Zdaje się, że już wtedy miazga śledziony przerasta (może pod wpływem tegoż samego szkodliwego czynnika, jak i wątroba), że zatem obrzęk

śledziony już początkowo nie jest obrzękiem zastoinowym, objawem następowym, lecz zjawiskiem, równorzędnem z marskością wątroby, do którego później dołącza się i przekrwienie bierne. Słusznie też zauważono, że śledziona obrzękła wskutek wady sercowej (a więc typowa, zastoinowa) inaczej wygląda, „jest ciemniejszą, mniej powiększoną, twardszą“ (Quincke). Te przypadki, w których nie stwierdzono obrzęku śledziony ($^1/_5$ część wszystkich), wykazują znaczne zgrubienie włókniste torebki.

Że obrzęk, towarzyszący marskości wątroby, jest w znacznej części równorzędnym objawem, dowodzi wiele faktów klinicznych. Charrin utrzymuje też, że ten obrzęk śledziony jest niejako objawem wyrównania ustroju wobec niedostatecznej czynności antytoksycznej wątroby.

Puchlina brzuszna *(hydrops ascites)* bywa najczęściej powodem, że chorzy dopiero z jej zjawieniem się szukają porady lekarskiej. Jest też puchlina ta najprzykrzejszym objawem dla chorego, a najłatwiejszym stosunkowo do wykrycia. Oprócz kształtu brzucha i usadowienia się stłumienia, wskazują obecność wolnego płynu w jamie brzusznej także zmiana stłumienia, przy zmianie położenia i chełbotanie. Zazwyczaj rozwijają się wskutek mechanicznego ucisku nadmiernych ilości płynu obrzęki kończyn, wysokie ustawienie przepony, czynność płuc i serca utrudnia się i t. d., wreszcie powstają czasem przewlekłe sprawy zapalne na samej otrzewnej *(peritonitis fibrosa chronica, mesenteritis chronica)* ze skurczeniem się krezki. Napięciu ścian brzusznych towarzyszy wtedy zazwyczaj, ale nie zawsze, znaczne rozszerzenie żył ubocznych *(vv. collaterales)*. Gałęzie, pochodzące z żyły odbytniczej *(v. haemorrhoidalis)* i przebiegające ku żyle podbrzusznej *(v. hypogastrica)*, dalej żyły przełykowe dolne, nieraz żylakowato rozszerzone, łączą się z żyłą wieńcową żołądka *(v. coron. ventric.)* i żyłą nieparzystą *(v. azygos.)* (Quincke). Wydarza się, że żyła, istniejąca czasem w więzadle obłem *(lig. teres)*, łączy bezpośrednio żyłę wrotną z żyłami ściany brzusznej. Wreszcie i rozszerzone żyły we włóknistych zrostach okołowątrobnych, w więzadłach, łączą się z żyłami przeponowemi; również wykazano połączenie żyły sutkowej *(v. mammaria)* z niżej położonemi żyłami, połączenia pomiędzy żyłami krezkowemi, a żyłami ściany brzusznej, żyłami nasiennemi, pomiędzy żyłą odbytniczą wewnętrzną, a podbrzuszną i w. i. Rozszerzone pnie żylne powłok brzusznych *(caput Medusae seu cirsomphalus)* w otoczeniu pępka łączą się z żyłami wewnątrz jamy brzusznej, najczęściej przez żyłę pępkową, przypadkowo nie zarośniętą, tak że powstają połączenia żyły nadbrzusznej (dolnej) z nadpępkową *(vv. epigastricae infer. et superior)*, a tych z sutkowemi *(vv. mammariae)*. Głównie zdaje się działa tu ucisk trwały, wywierany na żyłę główną dolną, a więc utrudnienie odpływu z żył poniżej położonych. Że wszystkie te drogi oboczne w pewnej części zastępują żyłę wrotną, jest rzeczą niewątpliwą i na tej też podstawie operacya Talmy (zob. niżej) ma istotne uzasadnienie.

Mocz bywa wysycony, czerwonawy i wydziela się w zmniejszonej ilości, czasem zawiera białko, jeżeli i nerki zajęte, czasem wykryć można i ciała peptonowe, mocznika mniej, amoniaku więcej, niż w stanie prawidłowym, wyjątkowo wykazywano leucynę, tyrozynę i cukier.

Żółtaczka tylko wtedy się zjawia, jeżeli zanikową marskość wątroby wikła choroba przewodów żółciowych, zjawisko nader rzadkie. Lekkie zaś zabarwienie żółtaczkowe twardówek ocznych spotyka się nieraz. Wyjątkowo zjawić się może żółtaczka, jako wyraz skażenia krwi składnikami żółci czyli t. zw. żółcicy (cholemii) *(intoxicatio cholaemica)*, przeważnie na krótko przed śmiercią. Chorzy majaczą, ulegają ogólnym drgawkom, lub kurczom drgawkowym (klonicznym) pewnych tylko mięśni i giną wśród objawów durowatych. Cie-

płota bywa zazwyczaj prawidłową. Pomijając z gorączką połączone powikłania w innych narządach, może równocześnie toczące się zapalenie przewodów żółciowych sprowadzić gorączkę, albo też wyjątkowo i same zaburzenia czynnościowe wątroby wytwarzają gorączkę *(febris hepatica)* z torem przerywanym, przypominającym zimnicę.

Zniszczenie powolne miąższu wątrobnego sprowadza ciężkie zaburzenia w ogólnej przemianie materyi, objawy samozakażenia *(autointoxicatio)*, czego dowodem zjawienie się amoniaku i cukru w moczu, przypadłości niedomogi wątrobnej w postaci, objawów nerwowych, jakkolwiek przemijających, krótkotrwałych, zamroczenia *(coma cirrhoticum)* i majaczeń, przypominających ostry zanik wątroby. Takie też znaczenie mają i krwotoczne objawy, choć rzadkie, na skórze, siatkówce, z nosa, na błonach surowiczych — odrębnie od zastoinowych i obok nich się ukazujące. Ta skaza krwotoczna stanowi bardzo groźne, często śmiertelne powikłanie marskości wątroby.

B) **Marskość wątroby przerostowa** *(cirrhosis hepatis hypertrophica, icterica Hanot)*. Podobnie, jak w postaci zanikowej, nie mają okresy początkowe tej choroby żadnych swoistych przypadłości, po którychby można chorobę wcześnie rozeznać. Choroba trwa latami, 4, 8, 10 lat, z różnymi okresami względnego spokoju. W różnych odstępach czasu, często odgradzanych kilkoma miesiącami, zjawiają się „przypadłości wątrobne“: żółtaczka, nieraz bardzo znaczna, bolesność i powiększenie wątroby, nieraz i mierna gorączka. Po kilku tygodniach objawy ustępują, choć wątroba, a nawet i śledziona pozostają zawsze trwale powiększone. Każdy nawrót przypadów pozostawia widoczne ślady; z czasem rozwija się przewlekłe cierpienie z objawami wcale znamiennymi, jak: 1. ogólne wynędznienie, 2. znaczne, trwałe powiększenie wątroby, 3. znaczny obrzęk śledziony, 4. ogólna żółtaczka. Skaza krwotoczna zjawia się w przerostowej postaci marskości wątroby dość często i to nie tylko, jak w postaci zanikowej, w przewodzie pokarmowym, lecz i w innych okolicach ciała, i nieraz zwolna przechodzi w obraz choroby, znany jako żółtaczka złośliwa *(icterus gravis)*; gorączkujący chory ginie wśród majaczeń i śpiączki. Według Rosensteina z Leidy w marskości przerostowej stale ukazuje się gorączka. Tor bywa nieraz zwalniający, innym razem przerywany; związku z jakiemś ropieniem nie można wykazać. Przypadłości jelitowe, mianowicie biegunka, zjawiają się często. Stolec pomimo żółtaczki nieraz bywa zabarwiony. Mocz obfity zawiera barwiki i kwasy żółciowe. Z ujemnych cech zasługuje na uwagę: brak zastoin w zakresie żyły wrotnej, a więc przedewszystkiem brak puchliny brzusznej, a jeżeli krótko przed śmiercią się zjawia puchlina, to tylko w bardzo nieznacznym stopniu. Przebiegiem swym o tyle różni się jeszcze marskość przerostowa od zanikowej, że trwa znacznie dłużej, nagabuje częściej ludzi młodszych, przed 40 rokiem życia. W znanych przypadkach nie zawsze można było wykazać nadużycie wyskoku jako czynnik etyologiczny.

Zmiany anatomiczne stanowczo dozwalają oddzielić tę postać od zanikowej marskości wątroby. Wątroba bywa w dwójnasób, czasem w trójnasób powiększona, wybitnie żółtaczkowo zabarwiona, powierzchnia przeważnie gładka (spoistość zwiększona). Dopiero po ściągnięciu torebki można zauważyć miejscami powierzchnię drobnoziarnistą. Na przekroju widać rozsiane, mało co wystające wysepki miąższu żółtawego lub zielonkowatego, poprzegradzane licznemi pasmami, nieraz dość szerokiemi, szarej tkanki łącznej. W przeciwieństwie do postaci zanikowej stwierdzamy drożność rozgałęzień żyły wrotnej, a przewody żółciowe zawierają prawidłową żółć. I drobnowidowo występuje różnica,

gdyż w pasmach tkanki łącznej przeważa utkanie nie bliznowate, lecz obfitujące w komórki i pasemka drobnowłókniste, rozmieszczone przeważnie wysepkowato i wewnątrz zrazików. Również i w przewodach żółciowych międzyzrazikowych i w ich otoczeniu widać daleko znaczniejsze zmiany zapalne (*cholangitis, pericholangitis)*, jak niemniej i nowotworzenie się przewodów. Same komórki wątrobne nie okazują zwyrodnienia, lecz stwierdzić można liczne ogniska z niewątpliwemi cechami nowotworzenia się tkanki wątrobnej.

Przejściowe postacie marskości wątroby nie należą do rzadkości; postacie, w których ukazuje się część objawów postaci zanikowej, obok wybitnej żółtaczki. Puchlina brzuszna bywa tylko nieznaczna, a wątroba bardzo mało zmniejszona, lub naodwrót, obok wyraźnego powiększenia wątroby (miesiącami i latami) zjawia się znów puchlina brzuszna, lub też stale brakuje żółtaczki.

Rozpoznanie marskości wątroby. Okresy początkowe zanikowej marskości wątroby można rozpoznać tylko z pewnem prawdopodobieństwem, zwłaszcza u alkoholików. W okresie rozwiniętej choroby znów, w przypadkach nadmiernej puchliny brzusznej możemy dopiero po wypuszczeniu płynu z jamy brzusznej rozpoznać marskość wątroby. Cechujące oznaki są: 1) przebieg przewlekły, 2) długotrwałe nadużywanie wyskoku, 3) wątroba zanikła, 4) puchlina brzuszna, 5) choć nie bezwarunkowo, jednak przeważnie, obrzęk śledziony, 6) nieżyty zastoinowe przewodu pokarmowego. W okresach wcześniejszych ważną jest rzeczą wykazanie zmniejszenia się lewego płatu wątroby, który już wtedy zaledwie na 3—4 ctm. przekracza linię środkową ciała. Przewlekłe zapalenia otrzewnej (*perit. simpl.*, *tuberculosa*, *carcinomatosa*), wytwarzające również puchlinę brzuszną, różnią się tem, że c. wł. płynu, uzyskanego przez nakłucie brzucha jest zazwyczaj wysoki, ponad 1·014, a w marskości rzadko tę granicę przekracza, również i ilość białka jest znaczniejsza, osad zawiera daleko więcej śródbłonków (niekiedy ślady utkania rakowego). Często zjawia się stan gorączkowy, a śledziona zazwyczaj nie bywa obrzękłą. Przewlekłe zapalenia żyły wrotnej (*pylephlebitis chr.*), jak niemniej zapalenie torebki wątroby z następowym zanikiem wątroby (*Zuckergussleber*) wytwarzają obrazy chorobowe, które bardzo trudno odróżnić od zanikowej marskości wątroby. Zapalenie żyły wrotnej cechuje się szybszym przebiegiem objawów zastoinowych żyły wrotnej; przy zmianach torebki bywają bole silniejsze i przebieg odmienny; w obu razach i etyologia zaważy na szali. Z przerostową formą marskości wątroby mają niejakie podobieństwo rak i skrobiawica. Rakowi wątroby nie towarzyszy tak często obrzęk śledziony, jak marskości wątroby. Obecność raka w innych narządach, szybko rozwijająca się chera, zmiany w gruczołach, wiek, rozstrzygną wątpliwości. Skrobiawicę (*amyloidosis*) wątroby w odróżnieniu od przerostowej formy marskości wątroby cechuje etyologia (ropienie, kiła, zimnica, chera), puchlina ogólna, brak żółtaczki. Kiłę wątroby (*hepatitis gummosa*) cechują guzy na powierzchni wątroby, zmiany kiłowe w innych narządach, wreszcie i wywiady.

Rokowanie jest niepomyślne, gdyż prawie zawsze widzimy chorych dopiero w okresie znacznie rozwiniętej choroby. Tam, gdzie rozpoznanie pewne, tam rokowanie jest wręcz złe. Im wątroba bardziej zanika, im puchlina większa, im uporczywsza, im wynędznienie większe, tem rokowanie gorsze. Postać zaś przerostowa marskości wątroby zdaje się pozwala na rokowanie może nieco lepsze, ale nigdy dobre. Rosenstein spostrzegał 150 przypadków tej choroby, a wszystkie z zejściem śmiertelnem. W tych przypadkach, w których przecież stwierdzamy polepszenia, króciej lub dłużej trwające, należy przypuścić,

że jeszcze tyle istnieje czynnego miąższu wątrobnego i krążenie oboczne (kolateralne) do tego stopnia wyrównywa ubytek, w zanikłej wątrobie powstały, że chory jako tako żyć może. W przypadkach wyjątkowych poprawa może być wcale znaczna.

Leczenie marskości wątroby. Zapobiegawczo możemy tylko w tym szczęśliwym przypadku działać, gdy chory alkoholik wcześnie rady naszej zażąda. Bezwzględny zakaz alkoholu w jakiejbądź postaci, obok systematycznego leczenia mlekiem może nieraz uratować chorego. Postępowanie to znajduje również i w rozwiniętej marskości wątroby zastosowanie. Leczenie mlekiem należy przynajmniej na dłuższy czas zalecić, stosownie do stanu przewodu pokarmowego, osobniczych właściwości i t. d. Powolne przyzwyczajenie chorego ($^1/_8$ litra naraz, $1^1/_2$—2 dziennie), ostrożne omijanie piętrzących się szkopułów ze strony jelit, uwzględnienie od czasu do czasu wstrętu do mleka, mieszanie mleka z wodami alkalicznemi, z wodą wapienną, z *natr. bicarbon.* (4 gm na litr), z magnezyą w razie wzdęcia i t. p., umożliwiają wreszcie systematyczne leczenie. Jeżeli wyłączne stosowanie czystego przegotowanego mleka jest niemożliwe, a łaknienie jakie takie, wtedy ograniczamy się do dyety ile możności łagodnej: do mącznych zup, sucharków, grysików, lekkich kaszek, owoców, jarzyn w postaci purée, zalecamy marchewkę, szparagi, marmolady nierozdymające, ryby chude, nieco białego mięsa, nóżki cielęce, galaretki, jaja w różnej postaci, kompoty niezbyt słodkie, nawet i świeży ser krowi. Zasadniczo ograniczamy spożywanie mięsa jak najbardziej, również i rosołów mocnych, tłuszczów, słowem wykreślamy ze spisu potraw wszystko to, co może zwiększać ilość toksyn jelitowych. Wystrzegać się jednak należy szablonu. Nieraz, chcąc uchronić chorego wprost od głodowej śmierci, zmuszeni jesteśmy do ustępstw i w ostateczności zgadzać się musimy na dyetę mniej stosowną, mięsną. Tyczy się to i wyskoku. Wśród takich warunków musimy się zgodzić na wina lekkie, zmieszane z wodami alkalicznemi, albo nawet i na czyste. Celem powolnego odzwyczajenia chorego od wyskoku możemy czas jakiś podawać wina owocowe (jabłecznik), albo kilkodniowy kefir lub kumys. Jako napój: wody alkaliczne rodzime, szczawnicka, wysowska (Bronisławy), lub Vichy (Hôpital), Vals, Bilin, lub naśladowane, albo mineralne normalne. Celem poprawy trawienia w ogólności należy stosować pepsynę, n. p. *Rp. Pepsini op., pancreatini āā 0·20 Mfp. Dtur. t. dos. No. XL.* S. trzy proszki dziennie.

Ważną rzeczą jest uregulowanie stolca. Znakomite tu usługi oddają wody słone i glauberskie, w okresach wczesnych leczenie zdrojowokąpielowe (Karlsbad, Vichy, Kissingen, Marienbad, Homburg, Wiesbaden, z naszych Ciechocinek, wody morszyńskie), ewentualnie stosowanie systematyczne odpowiednich soli. Zapobiegamy temsamem wytwarzaniu się bębnicy, objawu dla chorych nader dokuczliwego i nieraz nader uporczywego. Pomimo olejków eterycznych, kminku, mięty, magnezyi i t. d., bębnica często nie ustępuje, tylko systematyczne lawatywy albo leki czyszczące (*rheum, senna, aloës, podophyllinum*) sprawiają ulgę.

W rozwiniętych przypadkach marskości wątroby stosować się należy nietylko do wskazań przyczynowych, ale też wypełnić następujące wskazania lecznicze: 1) Możliwe ograniczenie zastoin w jamie brzusznej i ułatwienie krążenia krwi w wątrobie, przedewszystkiem przez usunięcie puchliny brzusznej. 2) Odkażenie przewodu pokarmowego. 3) Uwolnienie ustroju od wytworów rozkładowych zapomocą „przepłukiwania tkanin“ i zapomocą zwiększonej dyurezy. 4) Podtrzymywanie sił chorego stosownem żywieniem. 5) Leczenie przypadowe. Przyczynowe leczenie w zimnicy zapomocą chininy,

w kile zapomocą leczenia przeciwkiłowego, rzadko kiedy sprawia choremu ulgę. Zmiany włókniste, zbliznowacenie, zanadto bywa rozległe, by mogło ustąpić. W niektórych przypadkach marskości wątroby używamy i jodku potasu: *Rp. Kalii jodati 3, aq. destill. 150, M. d. in vitro nigro. S.* 3 r. dziennie zażywać po jednej łyżce stołowej w mleku; lub *Rp. Kalii jodati, aq. destill. āā 10, M. d. in vitro nigro. S.* 3 razy dziennie po 15 kropel w mleku.

Jeżeli stan ogólny i stan przewodu pokarmowego na to pozwalają, podajemy przez czas dłuższy jodek potasu. Wobec powolniejszego, lecz dłużej trwającego działania jodypiny należałoby ten przetwór bardziej zalecać i to w postaci podskórnych wstrzykiwań, by żołądka nie obciążać*), tem bardziej, że smak tego przetworu jest wstrętny. W każdym przypadku marskości, choćby i nie kiłowym, należy, szczególnie w okresach niezbyt późnych, bodaj na próbę czas jakiś podawać jodek potasu, zarządzając równocześnie dyetę mleczną.

Przechodząc do wskazań wyżej przytoczonych, mamy w stosowaniu gorących wód glauberskich, w szczególności karlsbadzkich, dzielny środek, czyniący zadość pierwszym trzem wskazaniom. Polecamy wody te w okresach wcześniejszych, gdzie puchlina jest nieznaczna, zaś przypadłości żołądkowojelitowe są wybitne, albo gdy żółtaczka wystąpiła, lub też dolegliwości ze strony wątroby są znaczne. Polecamy chorym picie małych ilości, po pół szklanki ciepłej wody, 3—4 razy dziennie, stopniując dawkę do ilości podwójnej. W razie zaparcia stolca zalecamy na czczo 5 gm soli karlsbadzkiej w pierwszej dawce wody; śniadanie w $1-1^1/_2$ godziny po pierwszej dawce. Kwasy, surowe owoce, ciasta itp. są wtedy oczywiście zabronione. Leczenie karlsbadzkie obok stosownej dyety daje w przypadkach niezbyt rozwiniętych nieraz wcale korzystne wyniki i powinno być po paru miesiącach znów powtórzone. Kilku również wskazaniom czyni zadość kalomel (3×0·20 dziennie).

Z odpowiedniemi przerwami można lek ten powtórzyć kilka razy, uważając pilnie na stan dziąseł i zębów. Równocześnie przepiszemy płukanie (chloran potasowy itp.). Znamy niewątpliwe przypadki, gdzie kalomel działał bardzo dobrze, a kilkoletnia obserwacya nie stwierdziła nawrotu puchliny brzusznej. Małe dawki kalomelu, stosowane czas dłuższy (0·02 – 0·05, 3 razy dziennie), działają czasem również pomyślnie, szczególnie w przypadkach na tle kiłowem. We Francyi stosują kalomel jako leczenie przyczynowe przeciw stwardnieniu wątroby, w dawkach jeszcze mniejszych. Codzień rano 1—2 cgm kalomelu, przez 10—20 dni, albo też 3—5 cgm co drugi dzień. Co tydzień lek przeczyszczający, *aq. lax. vienensis,* albo *Rp. calomelanos 0·30—0·50, gummi-gutti 0.15, M. fp. S.* zażyć rano na czczo.

W przypadkach, gdzie zaburzenia trawienia, bębnica i t. d. czynią odkażenie przewodu pokarmowego koniecznem, tam po przeczyszczeniu zalecamy salol (3×0·5 dziennie); lub według Dujardin-Beaumetza: *Rp. Bismuthi salicylici, saloli, magnesiae angl. āā 10. M. fp. Divide in p. aeq. No. 30. S:* po jedzeniu proszek. Tu również należy metoda, zalecana przez japońskiego lekarza Sasaki, mianowicie podawanie długi czas, miesiącami, większych ilości (oczyszczonego) winianu potasowego, *(tartar. dep. s. cremor. tart.)*, by chory codziennie miał kilka wypróżnień. Można sól tę podawać po łyżeczce kawowej kilka (2—3) razy dziennie, albo też w mieszance: *Rp. Decoct. rad. altheae 10·0:180·0, tartari depurati 30·0, syrup. simplicis 20·0, M. D. S.* Co 2 godziny zażyć po łyżce stołowej (zakłócić). Zaleca się przy tem dobre odżywianie, obficie mleko

---

*) Z osobistego doświadczenia u chorych ze zwapnieniem tętnic mogę polecić podskórne stosowanie jodypiny w miejsce wewnętrznego podawania jodku potasu.

mięso skrobane i t. d. Z własnego doświadczenia mogę stwierdzić, że przy dość długiem używaniu tego przetworu chorzy doznawali ulgi, dyureza wzmogła się rzeczywiście, a puchlina brzuszna przynajmniej nie wzrastała; nie widziałem wszakże owych nadzwyczajnych skutków, o których autor wspomina.

Jak wspomniałem, wymaga przedewszystkiem puchlina brzuszna *(ascites)* ciągłych zabiegów leczniczych. Najskuteczniejsze są tu środki moczopędne. Pamiętać trzeba, że ich skuteczność zależy przedewszystkiem od stanu serca i nerek. Nieraz uda nam się osiągnąć pomyślny wynik kalomelem, a tam, gdzie serce niedomaga, kalomelem z naparstnicą *(digitalis)*. Gdy stan przewodu pokarmowego, albo też ogólne wynędznienie chorego nie zezwalają na stosowanie tego nieobliczalnego czasem środka, stosujemy łagodniejsze leki moczopędne, np. teobrominę (5:150 gorącej wody, co 3 godziny łyżkę stoł.) lub *theobrominum natrosalicylicum 0·50*, 4—6 proszków (i więcej) dziennie. Lek ten można stosować bez przerwy przez 5—6 dni. Ujemnych skutków nie widziałem; natomiast nieraz wcale znaczną dyurezę następową. Jeżeli występują objawy niedomogi sercowej i dla wzmocnienia działania można dodać i naparstnicę w naparze lub w proszku*). *Rp. Fol. digit. purp. pulv. 0·10, theobromini natrosalic. 1·0; sacchar. albi 0·25, Mfp. plv. Dtur. t. dos. No. X. S.* 3 proszki dziennie. Również i przetwory oszlochu *(radix scillae)* bywają czasem używane jako dzielny środek moczopędny:

Rp. Extr. scillae 0·25.
Decoct. rad. ononid. spin. 200·0
Sur. aurant. cort. 15·0.
M. d. s. co godz. po łyżce stoł. zażywać.

Rp. Extr. scillae 0·15
Extr. gramin. 4·00
Oxymelis scillae 40·00.
M. d. s. co 2 godz. po łyżeczce do kawy.

Z pośród innych środków moczopędnych wyróżnia się korzystnie mocznik: *Rp. Ureae purissimae 10—20, aquae destillatae 200·00, M. d. s.* co godz. zażywać po łyżce stołowej. Mocznik można podawać w dawkach 10 gramów dziennie i więcej, przez 2—3 tygodnie. Nie wiemy, dlaczego działa czasem rzeczywiście dobrze, w innych przypadkach zawodzi. Na szczególniejszą wzmiankę zasługuje stosowanie balsamu kopaiwianego *(bals. copaivae)* w zawiesinie 8:180 gm (z dodatkiem 2—4 gm nalewki miętowej), który gorąco zaleca Bronowski w marskości wątroby jako środek moczopędny.

Zalecają też kapsułki, zawierające po 0·6 balsamu kopaiwianego, dziennie 1—2 kapsułek. Anglicy chwalą *resina bals. copaiv.* w dawce 0·80 w zawiesinie migdałów słodkich. Najmniej zastosowania mają silne środki czyszczące, *(drastica)*, ktorych się zazwyczaj unika ze względu na lichy stan ogólny chorych. Dlatego też i nadzwyczajne korzyści z podawania »pigułek Morrisona« są więcej niż wątpliwe.

Niestety w przeważnej części przypadków wszelkie leczenie apteczne zawodzi i trzeba się uciec do nakłucia brzucha *(punctio abdominis)*. Nakłucie jest nieuniknione, gdy nadmierna duszność i ogromna ilość płynu zagraża każdej chwili życiu chorego. Nie ulega dziś najmniejszej wątpliwości, że z wypuszczeniem płynu z jamy brzusznej nie należy wogóle zbyt długo zwlekać. Wczesne, a jeżeli potrzeba, w odstępach kilkomiesięcznych, a nawet kilkotygodniowych ponawiane nakłucie brzucha jest zabiegiem możliwie korzystnym, usprawiedliwionym. Często można się przekonać, że stan chorego na czas długi znakomicie się poprawia. Zdaje się nawet, że polepszenie się krążenia w ja-

*) Zob. rozdział ósmy w pracy mojej: Terapia chorób serca, Kraków 1899, str. 124 i następ., zawierający szczegółowe leczenie puchliny pochodzenia sercowego.

mie brzusznej i wątrobie korzystnie wpływa na samą sprawę chorobową, toczącą się w wątrobie. Chorzy po wypuszczeniu płynu mogą się lepiej żywić, oddają więcej moczu i sypiają lepiej pomimo utraty »soków« wskutek nakłucia. Jednak i to wczesne nakłuwanie musi mieć w każdym poszczególnym przypadku swe uzasadnienie. Rozstrzyga o tem nie tylko ilość płynu, lecz rozstrzygają też i dolegliwości, których chorzy doznają, wyparcie przepony ku górze, duszność, stan serca, dobowa ilość moczu. Bez rozważenia tego wszystkiego mogłaby wczesna operacya zasłużyć na miano przedwczesnej. Zdarzają się bowiem przypadki niewątpliwego, statecznego upadku sił po zbyt często powtarzanych nakłuciach, wytwarzania się chery, a nawet skazy krwotocznej, występują objawy nerwowe i t. d.

Operacya Talmy (przyszycie sieci do ścian brzusznych), wykonana w ostatnich latach u wielu chorych, wprowadziła leczenie zanikowej marskości wątroby na nowe tory. Myśl wytworzenia sztucznie nowego obszaru krążenia obocznego wobec niezdrowej wątroby, zyskuje coraz liczniejszych naśladowców. Znamy już przypadki, w których chorzy, pozbywszy się puchliny brzusznej, dłużej niż dwa lata czuli się dość dobrze; inni chorzy miesiącami żyli, choć stan ich przed operacyą był beznadziejny, nawet krwawienie jelitowe, towarzyszące marskości wątroby, szybko ustąpiło; opisano też przypadki, gdzie chorzy po dłuższym czasie zmarli bez nawrotu puchliny, tak iż obecnie utrwala się mniemanie, że do operacyi należy przystąpić już w okresach wcześniejszych, gdy chorzy jeszcze nie są wyniszczeni, gdy stan chorych lepszy. Dotąd znamy około 50% przypadków z pomyślnym wynikiem.

W leczeniu przerostowej postaci marskości wątroby przestrzegamy tych samych przepisów dyetetycznych, co i w formie zanikowej, a również stosuje się i tu te same wody mineralne. Żółtaczkę leczymy według zasad, wogóle dla żółtaczki ważnych (o czem później mowa). W późniejszych okresach, z aptecznych środków podawać można jodek potasu, bardziej jeszcze zalecają sumienni badacze podawanie małych dawek kalomelu (według Sacharjina sześć razy dziennie po 0·06). Wyniki lecznicze są tu wogóle nader skromne, daleko gorsze, niż w postaci zanikowej.

Leczenie powikłań marskości wątroby jest zazwyczaj bezskuteczne. Krwotoków, skazy krwotocznej, pomimo użycia całego skarbca leków przeciw krwawieniu zazwyczaj nie zdołamy opanować. W przypadkach zatrucia żółciowego *(intoxic. cholaemica)* obfite lawatywy, kalomel, leki podniecające mogą jeszcze sprawić choremu jakąś ulgę.

Marskość wątroby zastoinowa.

Cirrhosis cardiaca.

Etyologia. Długotrwałe bierne, czyli zastoinowe przekrwienie wątroby, wytwarzające się wskutek utrudnienia odpływu krwi z żył wątrobnych, bywa zazwyczaj następstwem wad zastawkowych serca, albo, rzadziej, następstwem przewlekłych chorób płucnych, którym towarzyszy zanik znacznej części naczyń krwionośnych.

Wątroba jest też pierwszym narządem, na którym odbijają się już w samych początkach zaburzenia krążenia krwi. Zniekształtnienie kręgosłupa piersiowego i klatki piersiowej, nowotwory, mogą również sprowadzić zastoinowe zmiany wątroby. W ograniczonej mierze wydarza się zastoinowe przekrwienie jako następstwo sznurówek, uciskających wątrobę.

Są to więc chorobowe zmiany wybitnie przewlekłe. Ostre zastoinowe przekrwienia wydarzają się rzeczywiście, choć wyjątkowo, u noworodków (ciężki poród, niedodma) lub u dzieci w toku zmian zakaźnych mięśnia sercowego.

Anatomia patologiczna. Wczesne okresy przekrwienia biernego znane są pod nazwą zastoinowej wątroby muszkatołowej; otoczenie żyłek środkowych *(ven. centr.)* jest ciemnoczerwone, zaś obwód zrazików brunatnawy, jaśniejszy. Zanik zastoinowy *(atrophia cyanotica)* jest okresem dalszym. Prócz środkowych ulegają i obwodowe części zrazika zmianom zanikowym pod wpływem zwiększonego parcia krwi, zmienionego składu krwi, a miejscami z komórek wątrobnych pozostają zaledwie tylko grudki barwikowe. W miarę, jak miąższ wątrobny zanika, przerasta podścielisko łącznotkankowe, a pod drobnowidem na znacznych przestrzeniach widać tylko jednostajne lub włókniste pasma tkanki łącznej, czasem z drobnokomórkowym naciekiem, zgrubiałe pochewki najdrobniejszych gałązek żyły wątrobnej i zgrubiałe naczyńka włosowate. Pasemka łącznotkankowe prawie promienisto rozpościerają się ku obwodowi zrazików i zupełnie zmieniają rysunek wątroby tak, iż z obwodowych odcinków sąsiadujących zrazików tworzy się obraz jakby nowego zrazika, którego środek zajmują gałązki żyły wrotnej i tętnicy wątrobnej wraz z włosowatymi przewodami żółciowymi *(foie invertie)*. Rozrost tkanki łącznej sprowadza wreszcie wybitne stwardnienie, z czasem i zmniejszenie się całej wątroby, której powierzchnia staje się nierówną, ziarnistą, słowem obraz marskości wątroby, której nie brak i zastoin w jamie brzusznej, ze względu na pochodzenie zwanej marskością wątroby sercową *(cirrhosis cardiaca)*. Że czasem obok pierwotnej marskości zanikowej rozwinąć się mogą zmiany w mięśniu sercowym, już wspomniałem; i naodwrót, widzimy też marskość, rozwijającą się z zastoin wskutek chorób serca. Zdarzają się tedy przypadki, w których objawy sercowe ustępują na plan drugi i za życia, choroby sercowej nawet nie rozpoznajemy, tem bardziej, że dość często i nadużycie wyskoku współdziałało jako ważny czynnik etyologiczny.

Objawy i przebieg. Najczęściej przedstawia się lekarzowi chory, który od dłuższego czasu cierpi na bicie serca, lekką duszność przy wysiłkach fizycznych, zaburzenia w trawieniu, a pomimo to jeszcze pracował. Dopiero bole w okolicy wątroby zmuszają go do szukania porady. Doświadczenie w tych przypadkach poucza, że nie rozmiary obrzęku wątroby, lecz tylko szybkość rozwijania się przekrwienia zastoinowego rozstrzyga o przypadłościach podmiotowych. Stwierdzamy lekką żółtaczkę, wybitny obrzęk wątroby, bolesność wątroby, zwiększającą się nieco po jedzeniu, małe obrzęki surowicze na kończynach, mocz skąpy, wysycony. — Spokój, lekkie środki czyszczące, dyeta, już po krótkim czasie usuwają przypadłości. Wkrótce zjawiają się nawroty coraz częstsze i zwolna rozwija się zupełny już obraz marskości wątroby. Puchlina brzuszna nie ustępuje tak rychło, przeważa wybitnie nad resztą wysięków; kilkakroć udaje się jeszcze objętość wątroby powiększonej zmniejszać, aż rozwija się okres, w którym objawy sercowe schodzą na plan drugi, a chorobą główną staje się marskość wątroby z wszelkiemi znamiennemi cechami. Dodać należy, że opisano przypadki, acz nieliczne, w których nagle wystąpiły ostre objawy wskutek ostrego zaniku miąższu wątrobnego, sprowadzając zejście śmiertelne.

Rozpoznanie opiera się na wykazaniu przyczyn zastoiny, t. j. najczęściej wady sercowej, rozedmy płuc, rzadziej na wykryciu znacznych zrostów opłucnych, zrostów osierdzia i t. d., jak niemniej na stwierdzeniu zastoin żylnych w innych narządach. W okresach niezbyt późnych ważnym jest szczególem zmienność obrzęku wątroby.

Rokowanie zależy od stopnia zmian w wątrobie i w sercu, słowem od okresu choroby. We wczesnych okresach może nastąpić znaczna nawet poprawa, w późniejszych zaś okresach rokowanie jest złe.

Leczenie. Pomijając ogólne zasady higieniczne i dyetetyczne, o których była mowa w rozdziale poprzednim, a do których dodać trzeba również stosowne ograniczanie ilości płynów, spożywanych w ciągu doby, należy starać się w pierwszym rzędzie o wzmożenie sprawności serca*). Świetne wyniki dają w tych przypadkach naparstnica i kalomel, stosowane jako leki sercowe i moczopędne (zob. str. 129, 141). W niezbyt późnych okresach choroby ustępują nietylko obrzęki surowicze, ale maleją nawet wyraźnie rozmiary wątroby. Nieraz wątroba powraca do stanu prawidłowego. W dalszym ciągu stosuje się tu z korzyścią leki moczopędne i czyszczące, podobnie jak w marskości wątroby, oczywiście, o ile pozwala ogólny stan chorego. Krwawień krwawniczych (hemoroidalnych), niezbyt obfitych, nie należy tamować u osób krwistych, w początkach choroby. W późniejszych okresach leczenie jest takie, jak w zanikowej postaci marskości wątroby.

Marskość z zastoin żółciowych czyli żółciowa.

Cirrhosis biliaris.

Czasami wskutek utrudnionego, z różnych przyczyn, odpływu żółci rozwija się typowa marskość wątroby. Jako główne czynniki wymienić należy: 1) bezpośredni, chemiczny wpływ żółci na miąższ wątroby; 2) wpływ ucisku; 3) sprawy zakaźne w przewodach żółciowych.

Zmiany anatomiczne rozwijają się przedewszystkiem w przewodach żółciowych międzyzrazikowych, skąd biorą początek sprawy zapalne. Obfite smugi łącznotkankowe, jak w marskości zanikowej, pomiędzy zrazikami cechują obraz drobnowidowy. Również i tu napotykamy nowowytworzone przewody żółciowe, a najdrobniejsze gałązki żyły wrotnej są zgrubiałe, niedrożne.

Przebieg. Zwyczajna długotrwająca żółtaczka zastoinowa wskutek kamicy żółciowej, nowotworów, zwężeń bliznowatych, wywołuje objawy niedomogi wątrobnej, przewlekłego zatrucia żółciowego, czyli żółcicy *(cholaemia chronica).* W niektórych przypadkach wątroba okazuje wybitny, trwały obrzęk, a obraz chorobowy wielce zbliża się do marskości przerostowej, różniąc się jednak tem, że w marskości żółciowej żółtaczka jest silniejszą, stolce zazwyczaj bezbarwne, wreszcie zjawia się puchlina brzuszna, przyczem wątroba ulega po 2—3 latach zanikowi. W innych przypadkach rozwija się odrazu obraz zanikowej marskości wątroby z puchliną brzuszną i obrzękiem śledziony. Żółtaczka wszakże i tu bywa trwałą, a stolce bezbarwne.

Rokowanie zależy od tego, czy można usunąć przeszkodę w odpływie żółci, co wszakże tylko wyjątkowo się udaje.

Leczenie znów tylko pod tym warunkiem mogłoby liczyć na jakiś wynik pomyślny, gdyby się drogą operacyjną udało przywrócić drożność przewodów żółciowych. W okresach rozwiniętego zaniku wątroby postępujemy według zasad leczniczych, podanych w ustępie o marskości zanikowej.

---

*) Zob.: Dr. Pisek: Terapia chorób serca. Kraków 1899 str. 191. (Leczenie zmian następowych w narządzie pokarmowym).

Marskość kiłowa i kiła wątroby wogóle.

Cirrhosis syphilitica. Syphilis hepatis. Hepatitis syphilitica.

W etyologii zanikowej marskości wątroby wspomniano, że czasem bywa i kiła przyczyną tej choroby. Śródmiąższowe zapalenie wątroby (*hepatitis diffusa interstitialis)* jest tedy j e d n ą z postaci, w jakiej pojawić się może kiła wątroby. Pod względem więc anatomicznym marskość z zatrucia wyskokiem i marskość kiłowa prawie się nie różnią; drobne różnice polegają na tem, że oprócz nacieków międzyzrazikowych powstają w kile i nacieki międzykomórkowe. W obrazach rozwiniętych trudno rozeznać pochodzenie marskości, tembardziej, że nieraz u tegoż samego chorego kiła i wyskok wspólnie działają. D r u g ą p o s t a c i ą swoistą kiły wątroby, i to najczęstszą u dorosłych, jest postać ogniskowa, to jest kilaki wątroby (*hepatitis gummosa*). Po całej wątrobie rozsiane są, najczęściej w sąsiedztwie wieszadła *(ligamentum suspensorium)*, liczne, większe i mniejsze ogniska, dochodzące do wielkości orzecha włoskiego, szaroczerwonawe lub białawe (k i l a k i, *syphilomata, gummata*), często guzowate, wystające, albo też bliznowate jakby promienisto pozaciągane. Z kilaków, rychło serowaciejących, wytwarzają się owe ogniska bliznowate, z których drążą w głąb miąższu wątroby pasma twardej, modzelowatej tkanki łącznej. Wśród tej tkanki widzieć można czasami jeszcze i resztki kilaków. Głębsze ogniska sadowią się najczęściej w tkance okołonaczyniowej, wzdłuż gałęzi żyły wrotnej (*periphlebitis syphilitica*). W następstwie tych zmian chorobowych zmienia się w całości postać wątroby, okazującej oprócz guzów, jakby przesznurowanych, jeszcze i głębokie blizny w sąsiedztwie miąższu zgrubiałego czyli obraz »w ą t r o b y p ł a t o w e j« *(hepar lobatum)*, cechujący kiłę. Czasem widać kombinacye obu form marskości i kilaków: *hepatitis gummosa et interstitialis.* Do wyjątków należą u dorosłych kilaki prosowate *(syphilomata miliaria)*. U dzieci najczęstszą postacią kiły wątroby bywa r o z l a n e zapalenie miąższu.

Oprócz zmian wyżej opisanych stwierdzamy u chorych na kiłę nieraz jeszcze i inne, niekiłowe zmiany chorobowe w wątrobie, powstałe niewątpliwie przez zakażenie kiłowe tylko pośrednio: ż ó ł t a c z k ę z a k a ź n ą, o s t r y z a n i k ż ó ł t y wątroby, zwyrodnienie s k r o b i o w a t e *(deg. amyloidea)*, czasem i tłuszczowe.

Objawy i przebieg: Kiła wątroby wywołuje liczne objawy, które jednak n i e m a j ą ż a d n y c h s w o i s t y c h c e c h, pomimo że początek swój zawdzięczają kiłowym zmianom swoistym. W kile nabytej już w okresie kłykcinowym (tj. drugim) występują nieraz rozlane zmiany w wątrobie (*hepatitis diffusa)*, czasem i żółtaczka w okresie ukazania się wysypki. Również i w okresie trzecim kiły (*stadium gummatosum*) zdarzają się zmiany chorobowe wątroby częściej, niż w okresie poprzednim, w postaci wybitnej marskości wątroby lub kilaków.

Pomimo zniekształtnienia wątroby i rozwoju guzów, które można wymacać, często nie uskarżają się chorzy na żadne dolegliwości. Bole dolegają chorym tylko wtedy, gdy torebka uległa sprawie zapalnej, przyczem często wytwarzają się zrosty ze ścianą brzuszną. Chory zresztą może cieszyć się nawet dość dobrem zdrowiem. Inaczej rzecz się ma, gdy sprawa kiłowa rozwija się w wątrobie w postaci m a r s k o ś c i. Przebieg choroby odpowiada wtedy w zupełności obrazowi zwyczajnej, zanikowej marskości wątroby. W okresach wcześniejszych niewątpliwie wykazać można powiększenie wątroby, poprzedzające okres zanikowy.

U noworodków stwierdzamy oprócz innych objawów kiły (zmiany kiłowe w łożysku, ogólny zanik, obrzęk śledziony, zmiany skórne i t. d.) zazwyczaj znaczną bębnicę, wątrobę wyraźnie wymacalną, powiększoną, gładką, twardą, czasem żółtaczkę. Często istnieje puchlina brzuszna. Noworodki takie zazwyczaj giną wkrótce z wyniszczenia. Jeżeli zmiany występują u dzieci już kilka lat liczących, zdaje się, jako kiła dziedziczna późna (*syphilis hereditaria tarda*), wtedy zazwyczaj zjawiają się również i uporczywe przypadłości jelitowe.

Rokowanie u dorosłych w kile wątroby wcześnie rozpoznanej nie jest złe. Doświadczenie lekarskie stwierdza stanowczą poprawę, ustąpienie wszystkich objawów pod wpływem leczenia przeciwkiłowego. Jeżeli jednak marskość wątroby z następstwami już się rozwinęła, albo gdy wystąpił ostry żółty zanik wątroby, wtedy rokujemy niepomyślnie.

Rozpoznanie. Nie każdy chory, który w chwili badania choruje na wątrobę, a kiedyś dawniej przebył kiłę, musi być dotknięty kiłą wątroby. Najczęściej mamy w praktyce rozstrzygnąć, czy chory cierpi na raka wątroby, czy na kilaki. Pomijając ważne objawy w innych narządach, większą cherę przy raku, wykazanie pierwotnego raka, wiek i t. d., pamiętać należy, że przy obmacywaniu guzów rakowych w wątrobie, często wykrywamy środkowe nieckowate zagłębienie, z drugiej strony obrzęk śledziony i białkomocz przemawiają raczej za kiłą, jak również i zmiany kiłowe trzeciorzędne w kościach, na błonach śluzowych i t. d. Znamiennem prawie dla kiły bywa znaczne zniekształtnienie brzegu wątroby przez twarde, bliznowate utkanie.

Ważnym objawem, przemawiającym za kiłą, jest przebieg choroby, wykazujący często wahania, widoczne, miesiącami trwające, polepszenia, to znów świeże nawroty. Zwyrodnienie skrobiowate wątroby, często również zdarzające się w kile późnej, różni się tem od wątroby kilakowej, że w skrobiawicy najczęściej i śledziona bywa zwyrodniałą, a brzegi wątroby nie bywają zniekształtnione. Wątroba przesznurowana tem różni się od kilakowo zmienionej wątroby, że w pierwszym razie istnieje tylko jeden guz, kilaków zaś bywa zazwyczaj więcej.

Ważnym szczegółem jest prawie cechująca kiłę bolesność wątroby, pochodząca z zapalenia torebki. Wreszcie pamiętać trzeba, że bezskuteczność leczenia przeciwkiłowego jeszcze kiły nie wyłącza.

Leczenie. Systematyczne, 6—8 tygodni trwające leczenie wcieraniami szaruchy (według prawideł przyjętych w leczeniu kiły) jest zasadniczo najodpowiedniejszem. Niestety nie zawsze można to leczenie rtęciowe przeprowadzić. Chorzy z zastoinami żółciowemi wręcz nie nadają się do wcierań, toż samo późniejsze okresy kiły wątroby, gdzie sprawa chorobowa anatomicznie już dawno skończona, gdzie zatem o usunięciu zmian bliznowatych mowy być nie może. Jeszcze więcej należy się mieć na baczności, gdy równocześnie uległy zmianom nerki, a więc gdy zamknięte są główne wrota wydzielnicze, albo gdy istnieją inne powikłania. Widać tedy, że tylko wyjątkowo, w przypadkach wcześnie rozpoznanych, u ludzi młodszych, można stosować leczenie rtęciowe, które też w tych warunkach odniesie trwały skutek. Te same zastrzeżenia tyczą się i metodycznego wewnętrznego stosowania kalomelu, jako leku przeciwkiłowego, dwa razy dziennie po 0·05, stopniowo aż do 0·4—0·60 dziennie. Równocześnie z leczeniem rtęciowem zalecamy gorąco dyetę mleczną. Bez wahania natomiast możemy przepisać jodek potasu, jak w marskości zanikowej. Dawki stosujemy większe, średnio po 2 gm dziennie. Jod działa niewątpliwie skutecznie, jeżeli stosuje się go wytrwale, a oględnie. Jasną jest rze-

czą, że oprócz tego należy starannie dokonywać przypadowego (symptomatycznego) leczenia.

Te same uwagi stosują się do dzieci. Czy sposób niektórych lekarzy: leczenie wcieraniami i podawanie jodu, w dawkach stosunkowo dość znacznych, znajdzie zwolenników wobec złego rokowania, wątpić należy.

Wątroba zimnicza i marskość zimnicza; wątroba barwikowa.

Ciężkie i czasem śmiertelne przypadki zimnicy zdarzają się u nas wyjątkowo, przeważnie zaś w krajach południowych i w okolicach podzwrotnikowych. Wątroba bywa znacznie powiększona. Beleczki komórek wątrobnych zgrubiałe, komórki wątrobne powiększone, o jądrach wielkich, nieraz dzielących się. W obwodowych częściach zrazików widać w komórkach grudki barwikowe (dające odczyn żelaza), również i w naczyniach włosowatych znajdują się krwinki białe, zawierające barwik. Tkanka łączna w otoczeniu gałązek żyły wrotnej naciekła, zawiera barwik. Opisane zmiany anatomiczne prowadzić mogą w dalszym ciągu do jeszcze większego przerostu całego miąższu, do t. zw. przerostu guzkowatego *„hepatitis parechymatosa nodularis“* (Kelsch Kiener), albo wprost do przeobrażeń wstecznych, do zaniku (*atrophia ischaemica*) z puchliną brzuszną, przyczem w niedokrwionej, suchej, na przekroju gładkiej wątrobie powstaje zanik komórek wątrobnych z nagromadzeniem się w nich barwika, albo nareszcie rozwija się zwyczajna marskość, wychodząca z przestworów międzyzrazikowych. W naszych stronach dość często zdarzają się znaczne nagromadzenia barwika czarnego, melaniny, w wątrobie, mianowicie w naczyniach włosowatych i w tkance łącznej podścieliskowej. Zazwyczaj odnosimy pochodzenie barwika do czerwonych ciałek krwi, zawierających pasorzyty zimnicze.

Objawy marskości zimniczej przypominają zwyczajną marskość wątroby zanikową. Puchlina, znaczny obrzęk śledziony, znaczna bolesność śledziony, zapalenie torebki śledziony (*perisplenitis*), lekka żółtaczka, czasem cera ziemista, chera znaczna, postępująca, oto główniejsze objawy.

Inne rodzaje marskości wątroby.

Istnieje jeszcze kilka rodzajów śródmiąższowego zapalenia wątroby o podrzędnem znaczeniu klinicznem:

Marskość gruźlicza wątroby (*hepatitis interstitialis tuberculosa*). Oprócz guzów gruźliczych znajdujemy często przy ogólnej gruźlicy nader liczne ogniska gruźlicze, drobniutkie, widoczne prawie wyłącznie tylko pod drobnowidem, rozsiane po całej wątrobie. Czasem bywają one (rozsiane w nielicznych ogniskach) powodem rozwoju zapalenia śródmiąższowego, wielce do marskości wątroby zbliżonego. I w tych przypadkach stwierdzić można nowowytworzone drobniutkie przewody żółciowe. Znaczny zanik nie następuje, gdyż zazwyczaj giną chorzy wcześniej wskutek pierwotnej choroby, a przed ich zgonem żółtaczka świadczy czasem o schorzeniu wątroby.

Marskość tłuszczowa (*cirrhosis adiposa*), w której obok rozrostu tkanki łącznej międzyzrazikowej rozwija się znaczne stłuszczenie komórek wątrobnych — u pijaków, u suchotników —, jak się zdaje, jest tylko kombinacyą nacieku tłuszczowego z marskością wątroby. Inne przypadki, — już po 4—6 miesiącach kończące się śmiercią —, odpowiadają przewlekłemu zapaleniu śródmiąż-

szowemu z przyostrem miąższowem zapaleniem, kończącem się zanikiem wątroby.

Marskość przerostowa barwikowa (*cirrhosis hypertrophica pigmentosa diabetica*), opisana w ostatnich czasach przez Francuzów. Cierpienie nagabuje chorych na cukrzycę o miernem nasileniu. Chorzy bywali przytem dotknięci gruźlicą, albo nadużywali wyskoku. Po wstępnym okresie zaburzeń w przewodzie pokarmowym, po bardziej wzmożonem pragnieniu, niż łaknieniu, rozwija się puchlina brzuszna i puchlina kończyn, przyczem wątroba się powiększa. Barwa skóry staje się bronzową (*diabète bronzé*), ciemną, różną od zabarwienia w cisawicy (*morbus Addisoni*) albo srebrzycy (*argyrosis*). Choroba trwa do roku. Chorzy giną z wycieńczenia. Wątroba bywa powiększoną, a drobnowidowo ma cechy marskości (*cirrhosis portalis* albo też *bivenosa*). Zdaniem innych badaczy (Quinke) jest to pewien rodzaj wątroby barwikowej »żelazistej« (*siderosis hepatis*), ukazujący się i w innych chorobach, a dość często u chorych na cukrzycę, dotkniętych zarazem marskością wątroby (zob. Choroby trzustki).

Choroba Bantiego.

Długotrwała, bardzo znaczna niedokrwistość, olbrzymi obrzęk śledziony, a po latach marskość wątroby i puchlina brzuszna, oto główne rysy obrazu chorobowego, objętego mianem choroby Bantiego.

Okres początkowy tej szczególnej choroby, trwający 3—5 lat, czasem i 10—11 lat, cechuje się obrzękiem śledziony, która zwolna dochodzi do olbrzymich rozmiarów wskutek zwyrodnienia włóknistego (*fibroadenia*), będącego może wyrazem jakiego zakażenia. Drobnowidowo stwierdzić można szczególniejsze zmiany (Litten): Przerost beleczek, nadmierna ilość barwika, zupełny brak grudek śledzionowych.

Często pojawiają się już w tym okresie przypadłości żołądkowe, biegunka. Później nieco rozwija się statecznie niedokrwistość. — Drugi okres trwa tylko kilka miesięcy: ilość moczu zmniejsza się, ilość urobiliny i moczanów wzrasta, ukazują się ślady barwików żółciowych. — W okresie trzecim, końcowym, zjawiają się przypadłości marskości wątroby z puchliną brzuszną, krwotoki żołądkowe i jelitowe, czasem śmiertelne, rzadziej krwotoki z nosa, krwioplucie, moczenie krwawe, krwotoki podskórne; w jednym przypadku zauważono krwotok do ciałka szklistego. Ta skaza krwotoczna jest jedną z najznamienniejszych cech choroby, jak utrzymuje Senator. Zdaniem jego należą tu również przypadki bez wybitnej marskości wątroby, przypadki t. zw. małokrwistości śledzionowej (*anaemia splenica*) z puchliną brzuszną. Żółtaczki brak, jedynie nadzwyczajna bladość skóry utrzymuje się przez cały czas choroby. Chorzy nie gorączkują, nieznaczne podwyższenia ciepłoty pochodzą od powikłań. Krew różni się wybitnie od krwi w zwyczajnej niedokrwistości: znaczne zmniejszenie się ilości czerwonych ciałek krwi (*oligocythaemia*), niestosunkowo znaczne zmniejszenie się ilości hemoglobiny (*oligochromaemia*) i prawdopodobnie leukopenia. Zasadowość krwi zdaje się być zwiększoną. Wśród postępującego upadku sił i wzmagającej się puchliny giną chorzy najdalej w ciągu roku od wystąpienia tych objawów.

Z opisu widać, że niektóre szczegóły zgadzają się w zupełności z innemi, dobrze nam znanemi chorobami. Pierwszy okres bardzo przypomina białaczkę wrzekomą (*pseudoleucaemia*, *anaemia splenica*); i w drugim okresie niema swoistych objawów; jedynie okres trzeci nie odpowiada żadnej ze znanych postaci,

w szczególności żadnej z postaci marskości wątroby. Otóż dawniejsze przypadki z olbrzymim obrzękiem śledziony, ze znaczną niedokrwistością, albo z obfitymi krwotokami bez zastoin żylnych, bez żółtaczki, bez żylaków, były to, zdaje się, końcowe okresy choroby Bantiego, opisywane jako *cirrhosis hepatis cum splenomegalia, cum anaemia splenica, cum diathes. haemorrhagica.* W szczególności co do puchliny zdaje się, że nie zmiany wątroby sprowadzają puchlinę, lecz znaczna niedokrwistość sama, wraz z prawdopodobnymi zmianami naczyń chłonnych jamy brzusznej. I to jest szczególniejszym objawem, że puchlina brzuszna pod wpływem leczenia skrzepiającego znika czasem na kilka miesięcy.

Rozpoznanie możliwem będzie tylko w okresach późniejszych choroby; wczesne okresy niczem się nie różnią od przypadków niedokrwistości śledzionowej (*anaemia splenica).* Cechy rozpoznawcze są następujące: 1) Przebieg przewlekły. 2) Samoistny olbrzymi obrzęk śledziony bez znanego tła zakaźnego lub nowotworowego. 3) Znaczna niedokrwistość, zmiany krwi, krwotoki. 4) Puchlina brzuszna i marskość wątroby, powstała znacznie później, niż obrzęk śledziony, a przypominająca marskość wrotną *(cirrhosis portalis).* Wyłączyć należy co do obrzęku śledziony zastoiny, gruźlicę, kiłę i skrobiawicę; zimnica zaś może stanowić tło choroby Bantiego. Śledzionę białaczkową rozpoznajemy po zmianach swoistych krwi, gdy w chorobie Bantiego przeważa leukopenia.

Pamiętać również należy, że i śledzionowowątrobny współczynnik Posselta *(M/L)* wynosi w stanie prawidłowym $1/_{10}$, a dochodzi w chorobie Bantiego do $1/_{1}$, to znaczy, że wielkość śledziony równa się wielkości wątroby i w ogólności dosięga największych rozmiarów, jakie znamy.

Rokowanie wątpliwe. Co do leczenia zalecał Banti na podstawie kilku pomyślnych przypadków wycięcie śledziony. Maragliano widział na 11 przypadków wycięcia śledziony z powodu choroby Bantiego, 9 razy korzystny wynik. Oprócz leczenia higienicznodyetetycznego zaleca się: jod, żelazo, arszenik, kakodylan sodowy, wewnętrznie lub podskórnie.

Dokładniejsze badania wykażą w przyszłości, czy choroba Bantiego jest tylko kombinacyą znanych typów chorobowych, czy też dającą się wyodrębnić nową jednostką chorobową. W roku ubiegłym spostrzegałem na prowincyi przypadek chorobowy, odpowiadający w zupełności powyższemu opisowi; możnaby go nazwać typowym okazem choroby Bantiego. Marskość wątroby zjawiła się na kilka (2) lat przed śmiercią. Olbrzymi obrzęk śledziony istniał już kilkanaście lat przed śmiercią. Rozpoznałem chorobę dopiero po zjawieniu się pracy Senatora. Chory zmarł z końcowego zapalenia płuc po kilkunastoletniej ciężkiej chorobie, wśród której miesiącami obłożnie był chory, a na pół roku przed śmiercią wcale łóżka nie opuszczał.

Żółtaczka.

Icterus.

W prawidłowym stanie wydziela komórka wątrobna wytworzoną żółć wyłącznie do przewodów żółciowych, zaś inne wytwory, jak mocznik, cukier itd., dostają się do krwi krążącej. Jeżeli z jakichkolwiekbądź przyczyn komórki wątrobne stracą tę swoistą własność, a do krwi dostaje się barwik żółci, wtedy rozwija się żółtaczka *(icterus).* Przez żółtaczkę tedy rozumiemy swoiste, żółte zabarwienie tkanek barwikiem żółciowym; zabarwienie to uwydatnia się przede-

wszystkiem na skórze, oczywiście przedtem białej, i na błonach śluzowych. Żółtaczka więc nie jest chorobą, lecz tylko objawem, o czem zawsze należy pamiętać.

Barwik żółciowy pochodzi z krwi, chociaż narządem, wytwarzającym ten barwik, jest zawsze wątroba; stąd też właściwie każda żółtaczka ma swe źródło w wątrobie, a dawniejszy podział na żółtaczkę, pochodzącą z wątroby *(icterus hepatogenes)* i żółtaczkę, pochodzącą z krwi *(icterus haematogenes)* dziś ostać się nie może; co najwyżej przyjąć nam wolno obok żółtaczki, powstałej z przyczyn mechanicznych, z zastoin żółci *(icterus hepatogenes, icterus e stasi, Stauungsicterus)*, jeszcze żółtaczkę, której przyczyna pierwotna polega istotnie na rozpadzie ciałek czerwonych krwi, z których hemoglobiny wszakże barwik żółciowy również w wątrobie powstaje: *icterus haemato-hepatogenes*. Przy wszelkich znów zastoinach żółci dostaje się ona wskutek wzmożonego parcia w przewodach żółciowych wprost do naczyń limfatycznych i do naczyń krwionośnych *(icterus e resorptione, e stasi)*.

Widać z tego, że ogólna żółtaczka bez przyczynienia się wątroby powstać nie może, gdyż bez względu na to, czy w samej wątrobie zaszły zmiany czynnościowe lub anatomiczne w komórkach wątrobnych, wskutek czego straciły one swoiste właściwości, a żółć przechodzi do krwi *(icterus per parapedesin)*, czy też jedynie przeszkody w odpływie żółci, zastoiny żółciowe, sprowadzają ten wynik, w każdym razie sprawa główna toczy się w wątrobie.

Zatrzymywanie żółci w zdrowych komórkach wątrobnych przypomina poniekąd zdolność zdrowych nabłonków nerkowych zatrzymywania białka. Zmieniony nabłonek nerek przepuszcza białko do moczu, chora komórka wątrobna przepuszcza żółć do krwi. Otóż ten rodzaj żółtaczki, gdzie przedewszystkiem komórki wątrobne straciły zdolność zatrzymania żółci i nie przeszkadzają dostawać się jej do krwi, nazywa Liebermeister *„icterus acathecticus“* ἀκάθεκτος = niezatrzymany) lub *„Diffusionsikterus“*.

Wyjątkowo zdarzają się przypadki zazwyczaj lekkiej żółtaczki w chorobach wątroby i serca, w ropnicy, gdzie w moczu niemożna wykryć barwików żółci. Przypadki te różnią się od żółtaczki urobilinowej (zob. niżej).

Etyologia. Przechodząc do szczególnych przyczyn żółtaczki, widzimy, że najważniejszą i najczęstszą przyczyną bywa: 1) mechaniczna zawada w odpływie żółci, kamienie żółciowe, uwięzłe w głównych przewodach, sprawy zapalne lub nowotworowe, zamykające światło przewodów, ciała obce, glisty, dostające się z jelit. Inną grupę stanowią guzy, od zewnątrz uciskające przewody główne, n. p. nowotwory otoczenia, tętniaki, nawet kał, nadmiernie nagromadzony w zgięciu wątrobnem okrężnicy, albo też postronki włókniste (po przewlekłych sprawach zapalnych), nerka ruchoma. Najbliższe tej grupie są: 2) wady sercowe w okresie niewyrównania, przyczem wskutek przekrwienia zastoinowego wątroby nader łatwo wytwarza się żółtaczka. Również zatory w żyle wrotnej sprowadzić mogą żółtaczkę. Że w tych przypadkach oprócz mechanicznych przeszkód czynne są jeszcze inne przyczyny, przedewszystkiem zmiany w samym miąższu wątroby, jest rzeczą pewną. 3) Otrucia stanowią grupę osobną (fosfor, arsenowodór, chloran potasowy i ptomainy, zepsute mięso, zepsute ryby, toksyny w chorobach zakaźnych ostrych i przewlekłych). 4) Niektóre miąższowe choroby wątroby. 5) Urazy psychiczne *(icterus ex emotione)*, miesiączka.

Zdarzającą się u ($^2/_3$) noworodków łagodną żółtaczkę *(icterus neonatorum)* tłómaczą nagłą zmianą krwi przez rozpad czerwonych ciałek, niedostateczną przemianą bilirubiny w urobilinę, wreszcie zmienioną czynnością komórek

wątroby. Żółtaczka ta przeważnie znika po kilku dniach bez szczególniejszych przypadłości. Śmiertelną zazwyczaj bywa postać z moczeniem krwawem, zwana chorobą Winkela *(haemoglobinuria epidemica)* (zob. str. 7).

Stosownie do nasilenia objawów rozróżniamy kilka odmian żółtaczki, które jednakże zachowały swoją odrębność raczej ze względów praktycznych, aniżeli z powodów zasadniczych. Rodzaje te żółtaczki występują z różnem nasileniem, stosownie do tła i powikłań; zmiany anatomiczne zaś bardzo często nie pozostają w żadnym stosunku do nasilenia żółtaczki. Nieraz obok znacznych zmian wątroby, bywa nieznaczna żółtaczka.

a) Żółtaczka nieżytowa czyli zwyczajna.

Icterus catarrhalis s. simplex s. benignus s. gastroduodenalis.

Te przypadki ostro, lub ostrawo przebiegające, których najważniejszą wspólną cechą bywa żółtaczka wskutek nieżytowego zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego (*ductus choledochus),* w których natomiast nieżyt dwunastnicy i wogóle przewodu pokarmowego jest niejako objawem towarzyszącym, można ująć w jedną grupę, choć nie ulega dziś wątpliwości, że w pojęciu »żółtaczki nieżytowej« mieszczą się jednostki chorobowe różnego pochodzenia. Że i zakażenie bakteryami w niektórych przypadkach wybitne miewa znaczenie, jest rzeczą pewną.

Etyologia. Błędy dyetetyczne, następowe nieżyty żołądka i dwunastnicy, przeziębienia, zatrucia i zakażenia, również i nieżyty zastoinowe wskutek zboczeń w krążeniu krwi, bywają zwyczajnym powodem żółtaczki nieżytowej; czasem działa kilka czynników równocześnie; czasem większe grona ludzi ulegają tymsamym szkodliwym wpływom, stąd nieraz zjawia się żółtaczka nieżytowa nagminnie. Przebyta żołtaczka usposabia do nawrotów. Czasem przyczyny niemożna wykryć. W przebiegu niektórych chorób zakaźnych ukazuje się również żółtaczka nieżytowa.

Zmiany anatomiczne można stwierdzić tylko wyjątkowo, raczej przypadkowym zbiegiem okoliczności. Zmiany, oprócz żółtaczki skóry, spojówek, ograniczają się do zmian nieżytowych w większych albo też drobnych, często tylko włosowatych przewodach żółciowych *(cholangitis catarrhalis*). Tłem choroby: nieżyt dwunastnicy, który posunął się *(per continuitatem)* na wspólny przewód żółciowy.

Czasem stwierdzić można wybitne rozszerzenie przewodów żółciowych. Zmiany te napotykamy jednak często na zwłokach, chociaż za życia wcale żółtaczki nie było. Czasem udaje się wykryć czop szklistego śluzu, zamykający ujście przewodu *(duct. choledochus)* tuż ponad ujściem do dwunastnicy. Przewód żółciowy wspólny uchodzi, jak wiadomo, zazwyczaj wspólnie z przewodem trzustki, która jednak posiada zwykle powyżej i poniżej brodawki jeszcze dodatkowe ujścia.

Objawy. Po jakimś błędzie dyetetycznym zjawiają się zazwyczaj wkrótce przypadłości żołądkowe, gniecenie w dołku podsercowym, odbijanie, wstręt do jedzenia, przykry smak w ustach, język obłożony, nudności, bole głowy (częściej w okolicy czoła), czasem wymioty. Stolec zaparty, albo też i biegunka, nieraz tuż po owym błędzie dyetetycznym. Do tych objawów nieżytu żołądka i dwunastnicy dołącza się już 3—4tego dnia żółtaczka wybitna na czole i na spojówkach, wreszcie i na całem ciele. Mocz wyjątkowo już przedtem, a bar-

dziej jeszcze po zjawieniu się żółtaczki przybiera cechujące ciemne zabarwienie z odcieniem oliwkowym.

Żółtaczka ma wszelkie cechy żółtaczki zastoinowej; objawia się najczęściej na twardówkach ócz, później na skórze. Zabarwienie skóry, stosownie do nasilenia choroby, bywa blado- lub szafranowo-, rzadziej cytrynowożółte. Silniejsze zabarwienia skóry nie zdarzają się w żółtaczce nieżytowej. Na błonach śluzowych tylko za uciskiem uwydatnia się żółte zabarwienie. Na podniebieniu twardem i bez ucisku widzieć można bładożółte zabarwienie. Pamiętać trzeba, że przy oświetleniu sztucznem, w nocy, nie rozpoznamy żółtaczki. Równocześnie, zwłaszcza w żółtaczkach zastoinowych, doznają chorzy silnego świądu na całem ciele. Wskutek drapania w licznych miejscach widoczne są drobne, kropkowate wybroczyny, albo wązkie, kreskowate, białawe smugi zdrapanego naskórka. Mocz już wcześniej bywa wybitnie żółtaczkowym i zawiera już wcześnie urobilinę; barwik zaś żółciowy zjawia się później. W nagle występujących zastoinach żółciowych można stwierdzić już w samym początku obecność barwika żółciowego w moczu.

Mocz wcześniej traci cechujące zabarwienie, niż skóra; zazwyczaj bywa mocz piwny, brunatny, czasem ciemnobrunatny, jak piwo bawarskie, wskutek znacznej ilości barwików żółciowych; piana po zakłóceniu wybitnie żółta. Nasilenie barwy zależy od ilości bilirubiny i urobiliny. Kwasy żółciowe znajdują się w moczu żółtaczkowym tylko w bardzo nieznacznych ilościach. Działanie żółci na nerki objawia się wybitnemi ich zmianami. Nierzadko bowiem stwierdzić możemy w moczu wyraźne ślady białka, szczególnie w przypadkach cięższych; a czasem i wałeczki szkliste, niektóre żółto zabarwione, lub pokryte żółtawymi nabłonkami nerkowymi.

Barwik żółciowy łatwo wykazać. Jeżeli mocz zawiera większe ilości barwika, to nieraz już żółtawe plamy na bieliźnie wskazują na to; w razach wątpliwych posługujemy się próbą Gmelina, polegającą na utlenianiu żółtej bilirubiny na zieloną biliwerdynę. Do probówki wlewamy nieco moczu i wpuszczamy zapomocą pipety, tuż nad dnem, ostrożnie, potrosze kwasu azotowego zgęszczonego, zawierającego nieco kwasu azotawego, więc lekko żółtawego. W miejscu zetknięcia się moczu z kwasem powstaje pierścień barwny, zielony, później niebieski, fioletowy, czerwony i żółty. Barwy te widzimy wyraźnie, trzymając w świetle przepuszczonem, za probówką, płytkę szkła matowego lub wilgotną bibułę do sączenia. Sącząc mocz żółtaczkowy, lekko zakwaszony kwasem solnym, przez bibułę, możemy na bibule również otrzymać odczyn Gmelina, dotykając miejsc wilgotnych laseczką szklaną, zwilżoną kwasem azotowym, poczem wytwarzają się współśrodkowe barwne koła (Rosenbach). — Prostszą, równie pewną próbą, jest próba Maréchala. Do probówki, wypełnionej do połowy moczem, dodaje się ostrożnie kilka kropel nalewki jodowej albo roztworu Lugola *(jodi puri 0·50, kalii jodati 5, aq. destill. 200)*. W razie obecności bilirubiny powstaje barwa trawiasto lub szmaragdowozielona. — Jeszcze czulszą jest próba Rosina: *Trae jodi 1·0, alcoholis abs. 9·0.* Na moczu, na granicy obu płynów w probówce powstaje zielona obrączka. Czasem jedna, czasem dopiero druga próba daje wynik dodatni.

Kwasy żółciowe zjawiają się w znaczniejszej ilości w moczu przy żółtaczce zastoinowej, choć nie zawsze. Stąd też i znaczenie ich, jako szczegółu rozpoznawczego, jest podrzędne. Składniki żółci przechodzą nietylko do moczu; można je wykazać także w pocie, w przesiękach i wysiękach zapalnych, w ropie z powierzchni ropiejących, w wodach płodowych. Wyjątkowo zawiera je

plwocina w zapaleniu płuc, mleko kobiece, zaś śluz, łzy i wydzieliny śluzowe lub śluzoworopne błon śluzowych nie są zazwyczaj zabarwione żółtaczkowo.

Czynność narządu krążenia ulega pod wpływem zmienionego składu krwi wybitnym zmianom. Tętno prawie zawsze bywa w żółtaczce wskutek działania kwaśnych soli żółciowych zwolnione (*bradycardia, pulsus rarus*), ilość uderzeń opada czasem do 40 i 30 na minutę. Z ustąpieniem żółtaczki tętno znów wraca do stanu prawidłowego. Ciepłota ciała również często bywa niższą od prawidłowej o kilka dziesiętnych stopnia, wyjątkowo zdarza się w pierwszych dniach nieznaczna gorączka.

Czynność przewodu pokarmowego ulega w żółtaczce nieżytowej i po ustąpieniu już objawów ostrych zaburzeniom, pochodzącym przeważnie z braku żółci w jelicie. Najczęściej rozwija się bębnica i zaparcie stolca, a stolec sam, cuchnący zgnilizną, zawierający nadmierne ilości tłuszczu, niestrawionego, niewessanego, jest znamiennie gliniasty, szarawy, rzadziej kredowaty. Odbarwienie tedy stolców ma swoje źródło nietylko w braku lub niedostatecznej ilości wydzielanej żółci, lecz i wielka ilość niestrawionych i niewessanych tłuszczów, zmieszana z kałem nadaje mu znamienne wejrzenie: stolce bez żółci (acholiczne). Pod drobnowidem widać oprócz igiełek kwasów tłuszczowych jeszcze nader liczne sople mydlane, sodowe, magnezowe i wapniowe. Srebrny połysk kału zdarza się wtedy, gdy istnieje nadmiar tych kwasów. Wobec równoczesnego nieżytu żołądkowojelitowego niepodobna rozstrzygnąć, które objawy oddzielić i policzyć wyłącznie tylko na karb żółtaczki. Najczęstsze objawy, jak gorzki smak w ustach, wstręt do potraw, szczególnie mięsnych, zdarzają się i bez żółtaczki w nieżycie żołądkowym. Wątroba nie okazuje zmian wybitnych, co najwięcej nieznaczną wrażliwość na ucisk; czasem żalą się chorzy na uczucie ciążenia w okolicy wątroby. Śledziona dość często brzęknie.

Z objawów nerwowych zasługują na uwagę: przygnębienie umysłowe, uczucie ogólnego osłabienia, zawroty i bole głowy, nudności. Świąd niewątpliwie tu należy, a zjawia się on czasem i na kilka dni przed pojawieniem się żółtaczki. W nieżytowej żółtaczce rzadko świąd bywa objawem tak przykrym, jak w żółtaczce przewlekłej. Wreszcie zdarzają się i zaburzenia wzroku: widzenie przedmiotów w kolorze żółtym (*xanthopsia*), kurza ślepota (*hemeralopia* i *nyktalopia*). Wyższe stopnie zaburzeń w ośrodkach nerwowych z równocześnie występującymi przypadami w innych narządach obejmujemy mianem żółcicy (*cholaemia*), która zdarza się w ciężkich żółtaczkach innego rodzaju (o czem poniżej mowa).

Przebieg bywa nader rozmaity. Niektóre przypadki trwają zaledwie dni kilka, żółtaczka ledwie widoczna, przypadki prawie jakby poronne. Najczęściej trwa choroba 3—4 tygodni. Po okresie kilkunastodniowym, w którym niema znaczniejszych wahań objawów, poczyna żółtaczka ustępować, mocz staje się jaśniejszym, stolce przybierają zwolna barwę prawidłową i wśród poprawy łaknienia i poprawy stanu ogólnego chorzy powracają zupełnie do zdrowia. Czasem przewleka się sprawa; po kilkodniowem polepszeniu powstaje silniejsza żółtaczka, — prawdopodobnie świeży nieżyt, świeże zakażenie, — aż wreszcie po 3—4 miesiącach chory wraca do zdrowia. Zdarzają się również przypadki, w których po zupełnem ustąpieniu objawów zjawia się nawrót, wyjątkowo nawet kilkakrotnie. Jeżeli żółtaczka trwa tygodniami całymi, wtedy uzasadnione jest przypuszczenie, że istnieje trwała przeszkoda w odpływie żółci.

Rokowanie w niepowikłanej nieżytowej żółtaczce jest wogóle pomyślne,

choć nie można nigdy naprzód przewidzieć przebiegu, zwłaszcza, że u ludzi wiekowych znane są i śmiertelne przypadki. Przypadki ciężkie, nawet śmiertelne, odnieść należy do innych pokrewnych grup żółtaczek.

Rozpoznanie w każdym przypadku żółtaczki należy czynić z wszelką ostrożnością. Nagłe wystąpienie przypadów żołądkowych i żółtaczkowych po spożyciu ciężko strawnych, zepsutych potraw, po lodach, rybach i t. p., brak wybitniejszych ogólnych objawów, młody zazwyczaj wiek chorego — pozwalają rozpoznać stosunkowo łatwo żółtaczkę nieżytową. Pamiętać wszakże trzeba, że i niedrożność głównych przewodów wskutek kamienia żółciowego wytworzyć się może bez bolu, a wtedy tylko przebieg dalszy rozstrzygnie wątpliwości. Nieżytowa żółtaczka, trwająca miesiącami, należy do wyjątków. Szybkie znikanie żółtaczki i szybkie nawroty naprowadzają na myśl, że istnieją kamienie żółciowe, u starszych chorych wskazywać mogą i nowotwór rakowy. Długie trwanie żółtaczki, stwierdzone nadużywanie wyskoku, obrzęk śledziony każą przypuszczać marskość wątroby.

Leczenie. U wielu chorych przebiega żółtaczka tak łagodnie, że chorzy ci nawet nie przestają pracować. Zasadą wszakże być powinno, każdego chorego z żółtaczką nieżytową zatrzymać w domu, przynajmniej w pierwszym tygodniu, i zalecić mu spokój. Doświadczenie uczy, że wiele przypadków żółtaczki nieżytowej kończy się wcale pomyślnie przy zastosowaniu dyety ścisłej i spokoju bez wszelkich energiczniejszych zabiegów.

Co najwyżej zalecimy choremu obok słabej herbaty, limoniady lub jakiejś zupy owocowej nieco kwasu solnego rozcieńczonego (2:200) lub cytrynowego (1:200) co dwie godziny po łyżce stołowej. Ku końcowi choroby czasem może być przeciwnie ruch nawet wskazanym. Pomimo to jednak, jeżeli zwłaszcza w samym początku choroba występuje z większem nasileniem, nie można się zadowolnić leczeniem wyczekującem, tembardziej, że przy pomocy niektórych zabiegów leczniczych stanowczo przebieg choroby bywa prawidłowy i szybszy. Zasady leczenia żółtaczki wogóle podajemy poniżej.

W każdej żółtaczce wskazania lecznicze zasadzają się: na usunięciu przyczyny i czynników podtrzymujących stan chorobowy; 2) na usunięciu przeszkód w odpływie żółci; 3) na przyspieszeniu wydalania żółci z obiegu krwi i możliwej jej ochronie od szkodliwych wpływów żółci; 4) na usuwaniu lub łagodzeniu przypadów, wikłających przebieg; 5) na uregulowaniu dyety i ułatwieniu trawienia żołądkowego i jelitowego, a usunięciu nieprawidłowych spraw trawienia.

Ad 1. W zastosowaniu do żółtaczki nieżytowej uczynimy zadość wskazaniom przyczynowym, usuwając z przewodu pokarmowego — przedewszystkiem z żołądka i dwunastnicy — zalegającą treść pokarmową. Sam ustrój ułatwia nam to zadanie wymiotami, czasem i biegunką. Najrozsądniej byłoby w samych początkach przepłukać żołądek, jeżeliby zwyczajne postępowanie, t. j. podanie środka czyszczącego, nie wystarczało. Pomimo nudności, a nawet wymiotów, wskazanym jest środek przeczyszczający, a więc 0·50 kalomelu na raz albo: *Rp. Calomelanos 0·30, dtr. t. dos. No II.* S. co trzy godziny proszek; albo *Rp. Inf. sennae comp. 100 gm. D. S.* Co dwie godziny zażyć po 2 łyżki stoł. aż do skutku: albo *Rp. Inf. rad. rhei chin. e 10·0 ad 200·0 D. S.* Co dwie godziny zażyć po łyżce aż do skutku; albo 1—2 szklanek wody gorzkiej, albo i powidełka przeczyszczające *(electuarium lenitivum: Pulp. prunor. 20, pulp. tamarindor., succ. sambuci āā 10, fol. senn. et tartari dep. āā 5, melis dep. q. s.):* po łyżeczce kawowej. Wyjątkowo podajemy na początku

olej rącznikowy (dwie łyżki stołowe), jeżeli przeważają przypadłości jelitowe lub kolka jelitowa.

Podobne znaczenie i niewątpliwą wartość leczniczą mają lawatywy, które po przeczyszczeniu chorego lekiem, podanym wewnętrznie, należy stosować przez czas dłuższy. Zdarzają się przypadki, w których ciągłe wymioty i nudności uniemożliwiają podawanie środka przez usta, wtedy z konieczności stosujemy wlewania do odbytnicy. Wlewamy raz dziennie lejkiem Hegara 1—2 litrów wody chłodnej: 15°—20° C., lub i chłodniejszej z wysokości znaczniejszej, dość szybko; u wrażliwych chorych użyć trzeba wody ciepłej, kilka razy dziennie w ilości mniejszej, nie przekraczając pół litra, i wlewać płyn zwolna. W tych przypadkach, jak również wtedy, gdy woda ma pozostać dłużej w jelicie, możemy zamiast wody przegotowanej stosować fizyologiczny roztwór (0·9%) soli kuchennej, albo też odwar rumianku. Lawatywy z wody chłodnej są znakomitym środkiem w żółtaczce wogóle, w żółtaczce nieżytowej skracają wybitnie czas trwania choroby. Pomijając ich działanie wypróżniające, zwiększają one dyurezę, prawdopodobnie sprowadzają skurcze dróg żółciowych i poprawiają może stosunki krążenia w zmienionej błonie śluzowej głównych przewodów. Jest też wielce prawdopodobnem, że wessanie znaczniejszej ilości wody działa korzystnie na jakość i ilość wydzielanej żółci.

Do zakresu wskazań przyczynowych możemy zaliczyć i wywołanie potów w początkach choroby, mianowicie wtedy, gdy niewątpliwe przeziębienie sprowadziło żółtaczkę. Zdarza się to bardzo wyjątkowo. W późniejszych okresach leczenie napotne nie jest stosowne.

Ad 2. W przypadkach, w których zawada w odpływie żółci jest przemijającą, nietrwałą, tam miesienie brzucha, miesienie pęcherzyka żółciowego, stosowanie prądu przerywanego dla sprowadzenia silniejszych skurczów pęcherzyka żółciowego, bywa czasem zalecane. Niestety w praktyce wyniki tych zabiegów są nader wątpliwe, a w żółtaczce nieżytowej daleko skuteczniej, choć mniej może szybko, wypełniamy te wskazania, stosując środki czyszczące w postaci systematycznego podawania wód glauberskich. Najstosowniejszą jest woda karlsbadzka: Mühlbrunn lub Schlossbrunn, albo łagodniejsza znacznie Vichy (Hôpital lub Grande Grille). O sposobie picia tych wód ciepłych była już kilkakrotnie mowa. Należy rozpocząć od dawek małych (100—125 gm.) kilka razy dziennie, ile możności na czczo. Znakomite usługi również oddają sztuczne wody — normalne, mające znów pod pewnym względem (brak składników obojętnych lub niestosownych) wyższość nad naturalnemi, na co Jaworski w Krakowie pierwszy zwrócił uwagę. U biednych można stosować sole tych wód albo sól karlsbadzką (Sal carolinum factitium) łyżeczkę kawową w ¼—½ litrze wody ciepłej przy 37°—40° C. (łykami, po połowie, w odstępie pół godziny); bardzo dobrym jest przepis uproszczonej sztucznej soli karlsbadzkiej Leichtensterna, w dwóch wzorach, z których pierwszy wskazanym jest, gdy chodzi o silniejsze zadziałanie alkaliów, zaś drugi tam usprawiedliwiony, gdzie zamierzamy sprowadzić obfitsze stolce:

Sal mitior: Natrii bicarb. 40·0, natrii sulfur. sicc. 40·0, natrii mur. 20·0.
Sal fortior: Natrii sulf. 60·0, natrii bicarbon. 30·0, natrii mur. 20·0.

Stosowanie wody karlsbadzkiej albo soli jest usprawiedliwione dopiero wtedy, gdy pierwszych kilka dni zaburzeń żołądkowych już minęło; leczenie to trwa przez cały czas aż do ustąpienia żółtaczki. Oczywiście, jeżeli stan sił chorego pozwoli, co w żółtaczce nieżytowej w tym okresie nie często się zdarza, zalecimy choremu przy piciu wody mierny ruch, który niewątpliwie korzystnie wspiera jej działanie.

Ad 3. Ułatwienie odpływu żółci, a przedewszystkiem usunięcie mechanicznej przeszkody w postaci obrzęku błony śluzowej dwunastnicy lub czopa śluzowego, byłoby rzeczą niezmiernie pożądaną. Czasem pomimo ścisłej dyety i stosowania środków przeczyszczających, stosowania systematycznego leczenia wodami mineralnemi, przewleka się żółtaczka, czyli przeszkoda istnieje wciąż dalej. Wychodząc tedy z założenia, że obfitsze wydzielanie się żółci w drobniejszych przewodach może wywrzeć silniejsze parcie na zawadę przy ujściu, więc może usunąć ów czop śluzowy, usiłowano stosować najrozmaitsze leki żółciopędne *(cholagoga)*. W praktyce z całego szeregu tego rodzaju leków wszakże, okazały się tylko stosowne i rzeczywiście przydatne salicylan sodowy *(natrium salicylicum)* po 0·50—1 gm. (kilka razy dziennie), dalej podofilina, którą zaleciłbym w postaci: *Rp. Extr. fol. atrop. belladonnae 0·05, podophyllini 0·40, pulv. et succ. liquir. āā. q. s. ut f. l. a. pil. No. 40. Consp. S.* 2 r. dz. po 1 pig. Nie zawadzi tu zaznaczyć, że często identyfikujemy obfitsze wytwarzanie żółci z obfitszem jej wydzielaniem. Otóż leki czyszczące sprowadzają obfitsze wydzielanie, nie wytwarzanie żółci. Evonymin, zalecany w postaci wyciągu suchego *(extr. evonymi sicc.)* w dawkach po 0·10, nie znalazł zastosowania obszerniejszego. Francuscy lekarze stosują ten wyciąg *(extrait d' evonymus, evonymin brun.)* dość często według przepisu: *Rp. Evonymi fusci, saponis medicat. āā. 1·0, spirit. aliquot gutt. ut. f. pil. No 20. Consp. S.* wieczorem pigułkę. Przepis Leichtensterna opiewa: *Rp. Evonymi, saponis. med. āā 2·0 m. f. pil. No 20. Consp. S.* wieczorem 1—2 pig. lub w ciągu dnia kilka razy.

Używany w żółtaczce i nader rozpowszechniony w Anglii kalomel w postaci pigułek (*Blue pills, Pilulae coeruleae 0·06 calomel.*) działa nie jako lek żółciopędny, lecz jako lek czyszczący. Przepis oryginalny według Pharm. brit. brzmi: *Hydrarg. 2·0, conserv. rosarum. 3·0, pulv. liquirit. 1·0, f. pil. à 0·06 Hg. S.* 2—5—8 pigułek.

Jasną jest rzeczą, że stosowanie leków żółciopędnych może być usprawiedliwione tylko w tych przypadkach, w których zawada nie jest trwałą, bezwzględną, lecz tylko tam, gdzie ta przeszkoda jest czasową, jak w nieżytowej żółtaczce, a nigdy wobec uwięzłych większych kamieni lub wobec nowotworów, trwale zamykających światło lub ujście przewodu; zwiększenie ilości żółci pogorszyłoby tylko stan chorobowy. Nie ulega też żadnej wątpliwości, że podawanie chorym obficie płynów, wód alkalicznych, wód czyszczących, wpływa na jakość krwi, więc na jakość i ilość żółci. Żółć rozwodniona łatwiej przedostaje się z wątroby, aniżeli żółć zagęszczona i jakkolwiek teoretycznie sprawa ta (działanie płynów) sporną jest dotychczas, to doświadczenie przy łożu chorego przemawia na korzyść tych poglądów. Dodać jeszcze wypada, że doświadczalnie i w praktyce przekonaliśmy się, że lepiej, niż wszelkie t. zw. leki żółciopędne, działa na przyspieszenie wydzielania się żółci pokarm mieszany, podawany często i w odpowiedniej ilości. Tyczy się to przeważnie przypadków przewlekających się, długotrwałych, a nie stosunkowo szybko przebiegającej żółtaczki nieżytowej.

Ad 4. Z przypadów, wymagających interwencyi lekarskiej, wyróżniają się: zły smak w ustach, a przedewszystkiem nieznośne nieraz swędzenie skóry. Otóż każdemu choremu z żółtaczką polecamy pilne płukanie ust. Odkażenie jamy ustnej ma pierwszorzędne znaczenie, nietylko jako czynnik higieniczny, ale wprost jako leczniczy. Najchętniej zalecamy od wieków używany wyskok miętowy, albo *Rp. saloli 1·0, spirt. menthae 50, saccharini 0·02, M. D. S.*

łyżeczkę kaw. na $1/2$ szklanki wody, albo *Rp. trae benzoës, trae ratanhiae ää 15·0. M. D. S.* $1/2$ łyżeczki kaw. na $1/2$ szklanki wody do płukania ust. Bardzo stosowną jest woda sodowa z dodatkiem tych leków, lub zmieszana z wyskokiem miętowym, jako płukanka do ust. Leczenie przypadłości żołądkowych stosuje się do zasad, wyłuszczonych poprzednio.

Swędzenie skóry bywa nieraz najważniejszą i najprzykrzejszą dolegliwością chorych na żółtaczkę. Pamiętać trzeba, że ścisłe przestrzeganie przepisów dyetetycznych, stosowanie wód, słowem odpowiednie leczenie żółtaczki, jest najlepszym środkiem leczniczym wobec swędzenia. Zbytnie nakrywanie się chorych w łóżku, rozgrzewanie się, pora nocna, potęgują zazwyczaj świąd żółtaczkowy. Pomimo to jednak w przypadkach długotrwałej żółtaczki i długotrwałego świądu zmuszeni jesteśmy nietylko stosować, lecz niestety i zmieniać środki stosowane; zawodzą one po niejakim czasie, albo u jednych chorych działają, u innych zaś są bezskuteczne. Często wystarcza zmywanie całego ciała zimną wodą kilka razy dziennie. Stosując tylko zmywania wodą, można dodać na jeden litr dwie łyżki octu zwyczajnego lub aromatycznego. Do zmywań bardzo się nadaje odwar z otrąb z dodatkiem jednej łyżki octu na jeden litr; wyjątkowo trzeba się uciekać, oczywiście tylko u chorych odporniejszych, do zawijań w wilgotne prześcieradła zimne, lub do kąpieli zimnych. Najczęściej stosujemy kąpiele letnie, czyste lub z dodatkiem 100 gm sody lub potażu, albo kąpiele z dodatkiem otrąb. Kąpiele te bywają bardzo skuteczne w początkach; wyjątkowo stosowano z wyśmienitym skutkiem zmywania wodą bardzo gorącą, »jaką tylko chory zniesie«. Niekiedy do zmywań stosują gorący odwar (50° C.) rumianku lub liści koka (10 : 1000). Niektórym chorym przynoszą znaczną ulgę nacierania skrawkami świeżej cytryny, albo też słoniną, wreszcie innym maść: *Rp. Lanolini purissimi anh. 50·0, vaselin. americ. 20·0, aq. destillatae 25·0. M. D. S.* 3 razy dziennie wcierać. Nieznaczną ulgę widziałem po zastosowaniu 20% maści bromokolowej (w orygin. opakowaniu). Dobre działania wywierają natarcia lub rozpylania mentolu, n. p. *Rp. Mentholi 2·0, spir. vini dil. 100·0. M. D. S.* Do nacierania. *Rp. Mentholi 5·0—10·0, spir. vini, aetheris ää 50·0. M. D. S.* Do rozpylania na miejsce silnie zajęte; albo zasypywania pudrem, działające często lepiej, niż rozczyny: *Rp. Mentholi 5·0, zinci oxyd., amyli, talc. ää, ad pulv. quant. 100·0, M. D. S.* Do posypywania; lub w postaci maści: *Rp. Mentholi 2·50, ol. olivar. 10·0, lanolin. 50·0. M. f. ungt. S.* Maść. Również i kwas salicylowy bywa z korzyścią stosowany jako zasypka, albo w rozczynie do nacierania 2% rozczynem wyskokowym kw. salicylowego, albo *Rp. Acidi salicylici 3·0, amyli 10·0, talci 87·0. M. D. S.* Do posypywania.

Na mniejsze obszary skóry bez przeczosów, bez wyprysków, nadaje się 2% rozczyn kwasu karbolowego lub też maść: *Rp. Acidi carbolici 2, lanolini, vaselini ää. M. f. ungt. S.* Maść. Stosowano też wyskokowe rozczyny sublimatu: *1 pro mille*, wymagające wszakże wielkiej przezorności ze strony lekarza; wreszcie używane bywają do nacierania mieszaniny z tymolu i mentolu *ää* w 3% rozczynie wyskokowym. W spisie tym nie brakuje oczywiście i ichtyolu: *Rp. Ichthyol. 10·0, alcoholis, aetheris sulf. ää 40·0. M. D. S.* Zewnętrznie; albo też 15% kreolin-wasogenu lub mydła dziegciowego. Łagodzący wpływ na świerzbienie skóry wywierają również i mieszaniny chloroformu, n. p. *Rp. Chloroformii 15·0, ol. hyoscyami* (albo *ol. rapae) 30·0. MDS.* Do nacierania., lub *Rp. Chloroformii 10·0, spir. camphorat. 90·0. M. D. S.* Do nacierania;

albo *Rp. Chlorali hydratis 6·0, aq. destillat., spir. vini āā 100·0. M. D. S.* Do zmywań.

Są jednakże przypadki świądu żółtaczkowego, szczególniej przy trwałem zamknięciu przewodu żółciowego wspólnego, gdzie rozdrażnienie i bezsenność chorych zmusza lekarza do stosowania leków odurzających, albo i nasennych, n. p. bromku potasu 2 r. dziennie po 2 gramy, sulfonalu, tryonalu i t. p. Rzadko wystarczają *nervina:* hedonal, fenacetyna lub antypiryna, czasem aspiryna, i nie pozostaje nic innego, jak stosowanie podskórnych wstrzykiwań morfiny. Dla uzupełnienia tej mozaiki środków dodaję, że w niektórych przypadkach dobry widziano skutek z podskórnych wstrzykiwań atropiny ($^1/_2$ miligm.), w innych znów z podawania sody na noc, z dodatkiem jodku potasu (1 łyżeczka kaw. *natrii bicarb.* z *0·1—0·6 kalii jodati,* w wodzie).

Że, wspierając dyurezę, przyspieszamy wydzielanie się składników żółci ze krwi, a tem samem zmniejszamy świąd żółtaczkowy, jest rzeczą jasną. Stosowanie wszakże wprost środków aptecznych moczopędnych nie znalazło rozpowszechnienia. Staramy się osiągnąć ten cel wodami mineralnemi, podawaniem płynów wogóle i stosowną dyetą. Na stosowanie środków napotnych zazwyczaj nie pozwala, jak wyżej wspomniałem, stan sił chorego.

Ad 5). Dyeta stanowi obok zachowania spokoju najważniejszy czynnik leczniczy w żółtaczce nieżytowej. W okresie początkowym, w którym nad wszelkimi objawami górują przypadłości ostrego nieżytu żołądka i dwunastnicy, będzie i odżywianie chorego nader skąpe, tembardziej, że i podmiotowy wstręt do pokarmów, nudności i t. p. wprost przeszkadzają podawaniu prawie wszelkich pokarmów. W pamięci powinniśmy mieć zasadę W. Jaworskiego: »Wyleczenie nieżytu ostrego ... polega na pozostawieniu narządu tak długo w spokoju, dopóki zmiana zapalna nie ustąpi«. Wystarczy tedy podawanie choremu dla ugaszenia pragnienia małych ilości wody (dobrej), czystej lub z nieznacznym dodatkiem soku cytrynowego, lub szczaw naturalnych (wysowskiej [zdrój Józefa], Giesshüblera, Bilińskiej), lub też wody stołowej normalnej (Jaworski), wody sodowej, słabo zakwaszonej kwasem solnym (woda kwaśna) lub słabej herbaty. Później nieco podajemy słabe rosoły cielęce, rosół z gołębia, z kury, z nóżek cielęcych, barszcz dyetetyczny, galaretę cytrynową, następnie znów lekkie kleiki (grysikowy, ryżowy, owsiany, jęczmienny, tapiokę na rosole) z dodatkiem, aczkolwiek nieznacznym, soli. Stopniowo wreszcie można przejść do rosołów mocniejszych i bulionu flaszkowego, rosołu z dodatkiem żółtka. Dopiero z początkiem drugiego tygodnia, rzadko wcześniej, można choremu podawać jaja na miękko, grzanki, sucharki. W tym też czasie, uwzględniając osobnicze właściwości chorego, możemy przejść do mleka, oczywiście zbieranego, albo też podawać dobrze rozkłócone kwaśne mleko, kefir, świeżą maślankę, na raz po 100 gramów. Jeżeli chory dobrze się czuje, może przejść i do zup mlecznych i mięsnych, przyprawionych na mączkach »dla dzieci«. W tym czasie chory może już spożywać i mięsne potrawy (150 do 200 gm), oczywiście chude, dobrze ugotowane, bez sosów, więc kurczęta, gołąbki, nóżki cielęce, skrobane mięso, mleczko cielęce, wszystko bez przypraw korzennych. Sucharki, *purée* ziemniaczane, kakao odtłuszczone z dodatkiem łyżki cukru mlecznego, kawa mleczna, marmolada jabłczana, jaja na miękko, jajecznica, uzupełnią i urozmaicą dyetę, która powinna być przyrządzona w racyonalny sposób według zasad »Kuchni higienicznej« (Jaworski). Oprócz tego często należy chorym podawać wody do picia, szczawy rodzime lub sztuczne, w razie potrzeby z dodatkiem małych ilości soków owocowych. O stosowaniu wód glauberskich wspomniano powyżej.

Przy wszelkich zaleceniach dyetetycznych należy pamiętać, że zupełny brak żółci w przewodzie pokarmowym prawie uniemożliwia trawienie tłuszczów, które też w żółtaczce w znacznej części (do 60%) niestrawione z kałem odchodzą, a znajdując się w jelitach w znacznej ilości, sprzyjają tylko sprawom gnilnym. Zastąpić możemy tłuszcze węglowodanami, szczególniej w przypadkach przewlekłych, jeżeli stan jelit nie uległ znaczniejszym zmianom. Dlatego też powszechnie używane mączki, sucharki i t. d., ważne zajmują miejsce w dyetetyce żółtaczki. Również, jak na węglowodany, i na trawienie białka w jelicie nie wywiera żółć bezpośredniego wpływu; stąd też po upływie ostrego okresu i gdy niema objawów nieżytowych, podawanie białka w odpowiedniej postaci jest usprawiedliwione. Inaczej rzecz się ma, gdy pojawią się zaburzenia żołądkowojelitowe, cuchnące stolce, zwiększona ilość indykanu i eterosiarkanów itd., albo gdy wskutek równoczesnego zamknięcia ujścia przewodu trzustkowego (objawiającego się między innemi i raptownem znacznem wychudnieniem chorych, brakiem indykanuryi pomimo podawania mięsa, zmianami drobnowidowemi stolca), gdy więc trawienie białka jest prawie zniesionem, — wtedy niestety podawanie pokarmów musimy bardzo ograniczyć. W takich przypadkach stosowanie systematyczne mleka jest najznakomitszym środkiem odżywczym. Ilość jego wszakże na dobę powinna wynosić około 2 litrów z dodatkiem około 40 gm. cukru mlecznego i około 200 gm. sucharków angielskich; wystarczy to od biedy, aby utrzymać równowagę w przemianie materyi. Postępowanie to ma wtedy racyę, gdy podawanie pożywienia, obfitującego w białko, sprowadza objawy silniejszego gnicia w jelitach, albo gdy stosowanie znaczniejszych ilości węglowodanów sprowadza wzdęcie, rozwolnienie itd.; wtedy trzeba się zadowolnić dyetą niedostateczną, mleczną. Dziś przekonano się, że zasada »oszczędzania« wątroby przez usunięcie pokarmów białkowych, w żółtaczce, szczególniej przewlekłej, nie ma racyi, jakkolwiek teoretycznie słuszną być może. Wprawdzie wątroba chora nie spełnia swego zadania odkażającego (przeróbka i zatrzymanie ptomainów, toksyn itd., wprowadzonych do ustroju z pokarmami mięsnymi) i dlatego pożywienie roślinne w tych przypadkach byłoby wskazane, — a jeszcze bardziej ze względu na brak żółci w jelicie, — ale stan chorego zmusza nas odstąpić prawie zawsze od tych zasad. Obawa nadmiaru produktów trujących z białka, nawet i z tłuszczów niestrawionych, nie powinna iść tak daleko, by chorego głodem morzyć. Jedynie ostrożna nieuprzedzona ocena istotnego stanu chorego, osobnicza jego tolerancya dla poszczególnych rodzajów pożywienia rozstrzyga w tych przypadkach. Stąd też, jak już powiedziano, w przewlekłych przypadkach żółtaczki mieszany pokarm jest najstosowniejszy i najlepszy.

Żółtaczka zakaźna.

Icterus infectiosus.

U łoża chorego spotykamy przypadki ciężkiej żółtaczki, której towarzyszą objawy, świadczące, że żółtaczka jest wyrazem zakażenia ogólnego. Otóż w tej grupie udało się dotychczas wyodrębnić niektóre postacie — jakkolwiek nie da się zaprzeczyć, że nie są to jednostki chorobowe zupełnie odrębne, że więcej względy praktyczne, ułatwienie przeglądu, usprawiedliwiają ten podział. Otóż przez żółtaczkę zakaźną (*icterus infectiosus*) rozumiemy te przypadki, gdzie obok żółtaczki, jako objawu najwybitniejszego, pojawia się jeszcze stan gorączkowy, obrzęk śledziony, białkomocz. Nie jest to zakażenie dróg żółciowych,

które i bez żółtaczki zjawić się może; również zdarzają się przypadki posocznicy, którym towarzyszy żółtaczka, choć niema zakażenia dróg żółciowych drobnoustrojami. Według tego pojmowania rzeczy żółtaczka zakaźna obejmowałaby te przypadki nieżytowej żółtaczki, w której, oprócz znaczniejszego nasilenia, cały przebieg odpowiada ostrej gorączkowej chorobie zakaźnej. Byłby to niejako pierwszy stopień, albo łagodniejsza postać tej choroby, która pojawiając się w całej pełni, nosi miano choroby Weila. Zakaźna żółtaczka różni się od żółtaczki nagminnej; podczas panującej nagminnie żółtaczki mogą zjawiać się obok przeważnej liczby przypadków zwyczajnej żółtaczki nieżytowej i przypadki cięższe, żółtaczki zakaźnej, gorączkowej.

Dotąd opisano blizko 90 większych i mniejszych epidemii żółtaczki, bardzo często zdarzających się w koszarach wojskowych, więzieniach, w pewnych domach, czasem w pewnych okolicach. Zarażenia nie zauważano, natomiast często stwierdzano, że pewne przyczyny działały na pewną liczbę osób, poprzednio zdrowych, jak zatrucie zepsutemi potrawami, gnijąca woda do picia, wadliwość mieszkań i t. p. Po usunięciu przyczyn, n. p. po zmianie wadliwego pożywienia, „epidemia" znikała.

Quincke przytacza trzy gromady etyologicznych czynników: 1) atmosferyczne, teluryczne i klimatyczne, 2) czynniki dyetetyczne, 3) przyczyny zakaźne, dostatecznie tłómaczące szczegóły takich zakaźnych przypadków.

Choroba Weila.

Morbus Weili.

Uważać ją należy za odrębną chorobę zakaźną, różną od żółtaczki zakaźnej, z którą wielu znakomitych nawet badaczy w jedno ją łączy. Po raz pierwszy opisano ją w r. 1886. Nagabuje przeważnie rzeźników, garbarzy, robotników kanałowych, ludzi młodych (około 30. roku życia), najczęściej w porze letniej. Często przypadkowe połknięcie zanieczyszczonej wody rzecznej (podczas kąpieli) sprowadzało chorobę. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że jest to choroba wybitnie zakaźna, w której jad dostaje się do ustroju najprawdopodobniej drogą przewodu pokarmowego. Jedynie ze względów praktycznych, ze względu na znaczne podobieństwo, że tak powiemy, zewnętrzne, do innych rodzajów żółtaczki, podajemy tu krótki opis choroby Weila.

Objawy i przebieg. U ludzi, poprzednio całkiem zdrowych, zjawiają się nagle dreszcze, gorączka, nudności, ból głowy. Wcześnie pojawiają się przypadłości w zakresie przewodu pokarmowego; biegunka, zazwyczaj i wymioty. Drugiego dnia, rzadziej później, zjawiają się znamienne, dokuczliwe bole w mięśniach łydek. Bole trwają przez całą chorobę aż do wyzdrowienia. Chorzy wtedy bardzo przypominają chorych na dur, tem bardziej, że i język bywa bardzo obłożony, a zarazem pojawia się zamroczenie świadomości, majaczenia, słowem stan durowaty *(status typhosus)*. Między 3 a 5 dniem występuje żółtaczka, szybko się zwiększająca, przyczem i wątroba wyraźnie się powiększa. Obrzęk śledziony wybitny, wcześniejszy. Biegunka początkowa nie ustępuje, stolce bywają zabarwione, później gliniaste. Mocz zawiera zawsze białko, czasem zdarza się ostre zapalenie nerek (w moczu krew, wałeczki ziarniste, nabłonki nerkowe). Dość często dołącza się skaza krwotoczna w postaci krwotoków z nosa, wymiotów krwawych, a nawet i stolców krwawych. Gorączka w postaci prawie ciągłej *(febris continua)* — przekracza 39·5° C.,

(tętno przyśpieszone, 112—128, odpowiada ciepłocie) — utrzymuje się w tej wysokości przez pierwszych 4—8 dni. W tym czasie gorączka poczyna stopniowo opadać, czasem pojawiają się opryszczki (*herpes labialis*), a ciepłota w ciągu najdalej $1^1/_2$ tygodnia od początku choroby staje się prawidłową. Równocześnie prawie znika biegunka, obrzęk wątroby i śledziony, a i mocz już bywa prawidłowym. Żółtaczka natomiast nieraz jeszcze się wzmaga, — jest to szczegół znamienny, — aż wreszcie po dwutygodniowem trwaniu zwolna ustępuje. Cała choroba trwa 3—4 tygodni; często zdarzają się przypadki poronne. Czasami pojawiają się jeszcze w drugim tygodniu stany podgorączkowe, a nawet po kilkodniowem (1—8 dni) zupełnem bezgorączkowiu zdarzają się nawroty, 5—8 dni trwające, jakkolwiek o mniejszem nasileniu, przewlekające jednakże całą sprawę czasem do 4 i 5-ciu tygodni.

Okres wyzdrawiania zaznacza się ustępowaniem żółtaczki, zaś bole w łydkach ustają później dopiero. Chorzy powoli odzyskują zdrowie. Przypadki śmierci zdarzają się wyjątkowo wskutek powikłań, zwyrodnienia serca, skazy krwotocznej, zaostrzenia się objawów nerkowych.

Rozpoznanie opiera się na żółtaczce z gorączką, na bolach mięśniowych, białkomoczu, obrzęku śledziony, często i opryszczkach wargowych. Pomimo to rozpoznamy chorobę tylko w przypadkach rozwiniętych; przypadki mniej wyraźne przypominają żółtaczkę nieżytową, cięższej postaci, — żółtaczkę zakaźną, lub też dur brzuszny żółtaczkowy (Griesingera *typhus biliosus*, *„biliöses Typhoid"*). Od duru brzusznego różni się choroba Weila tem, że rozwija się prawie nagle, obecnością żółtaczki, i to wczesnej, opryszczkami. Od zakaźnych żółtaczek, jak również od zakaźnych postaci nieżytów żołądkowojelitowych, różni się choroba Weila: bolami mięśniowymi, krwotokami nosowymi i wielką skłonnością do nawrotów, wreszcie opryszczkami na wargach. Rokowanie jest najczęściej pomyślne.

Leczenie jest objawowe i odpowiada częścią leczeniu chorób ostrych zakaźnych, częścią leczeniu żółtaczki nieżytowej. A więc ostrożne wypróżnienie jelit obok odkażania; zmywania, wyjątkowo kąpiele, obfite wprowadzanie płynów wewnętrznie i podskórnie stosowane z pomyślnym skutkiem. Biegunka wymaga stosowania środków ściągających. Korzystnie wpływają na stan przewodu pokarmowego *stomachica:* rzewień (*tra rhei vin.* 3 r. dz. 10—20 kropel) i t. p. Oczywiście, że wobec żółtaczki odżywienie składać się będzie z lekkich kleików i rosołów. Mleko nie nadaje się w tej chorobie. Na bole mięśniowe działają dobrze okłady wysychające, przypadłości mózgowe wymagają lodu na głowę. Wystrzegać się należy leczenia karlsbadzkiego żółtaczki.

Żółtaczka złośliwa (ciężka)

Icterus gravis,

obejmuje tę grupę przypadków żółtaczki, które w całości przebiegiem swoim najbardziej zbliżają się do przypadków ostrego zaniku wątroby (*atrophia acuta flava hepatis*), a różnią się od niej brakiem zmian anatomicznych wątroby, cechujących ostry zanik wątroby.

Niektórzy klinicyści nie odróżniają nawet obu tych chorób, inni łączą je w jedno z chorobą Weila. Otoż tak ostry zanik wątroby (*atrophia acuta flava hepatis*), jak choroba Weila dają się dość ściśle scharakteryzować, a nazwę *icterus gravis* należałoby zatrzymać dla tych przypadków żółtaczki zakaźnej (*icterus infectiosus*), których przebieg jest groźniejszy, cięższy, z wybitnymi objawami niedomogi wątroby, z ob-

jawami samozakażenia. Ze w tych przypadkach sam miąższ wątroby ulega znacznym zmianom, jest rzeczą niewątpliwą, i z tej przyczyny granica między żółtaczką ciężką *(icterus gravis)*, a ostrym zanikiem wątroby *(atrophia hepatis acuta flava)* będzie nader chwiejną. Wspólną cechą tej grupy chorób jest samozatrucie wątrobne *(intoxicatio hepatica, hepatotoxaemia* czyli *hepatargia,* αργία = bezczynność). Stan ten ma być zawsze wyrazem zmian samej wątroby, wskutek czego i skład krwi ulega znacznej zmianie. Nietylko tedy składniki żółci wskutek utrudnienia odpływu dostają się do krążenia ogólnego, lecz również cały szereg produktów rozkładowych, trujące wytwory spraw gnilnych w jelitach, istoty rozpadowe, z miąższu wątrobnego pochodzące i t. d. wywołują znamienne objawy bezczynności wątroby. W tych przypadkach powstaje samozatrucie ustroju, gdzie tedy prócz składników żółci działają jeszcze te jady, których wątroba bezczynna nie może zobojętnić. Badania Nenckiego znacznie wyjaśniły zawiłą tę sprawę; wykazały, że karbaminian amonowy ma tu najważniejsze znaczenie. Obecnie przeto przez bezczynność wątroby *(hepatargia)* rozumiemy nietylko przypadłości, opisywane pod mianem zbiorowem żółcicy *(cholaemia,* zatrucie krwi składnikami żółci), lecz wogóle objawy, jakie wytwarza wadliwa, niedostateczna, albo i całkiem zniesiona czynność wątroby — czasem nawet i bez zjawienia się żółtaczki.

Objawy niedomogi wątroby *(insufficientia hepatica)* i zatrucia wątrobnego można rozeznać tylko wtedy, gdy inne przypadłości przemawiają za chorobą wątroby. Również należy pamiętać, że na obraz chorobowy składają się zazwyczaj i objawy, mające swe źródło w ogólnem zakażeniu ustroju. Na objawy lżejszej żółcicy składają się: ogólne osłabienie i szybkie nużenie się przy wysiłkach, bezsenność, zwolnienie tętna, świąd skóry, nieprawidłowe podmiotowe objawy słuchowe i smakowe. Groźniejsze przypadki samozatrucia wątrobnego odznaczają się przedewszystkiem wybitnymi objawami w zakresie ośrodków nerwowych. Bardzo silny ból głowy, zamroczenie przytomności aż do zupełnej bezprzytomności, naprzemian z majaczeniami *(delirium et coma hepaticum)*, przypominające bardzo obraz doświadczalnego „wyłączenia wątroby" u zwierząt i obrazy śpiączki moczniczej. Często rozszerzenie źrenic *(mydriasis)* (w mocznicy zaś zwężenie źrenic — *myosis*). Do tych objawów dołączają się drgawki pewnych grup mięśniowych, albo też drgawki ogólne; zapad i objawy osłabienia czynności serca, skaza krwotoczna — przyśpieszają zejście śmiertelne. Objawy te, nie mające właściwie nic swoistego, — zdarzają się bowiem i w zapaleniu nerek, w zapaleniu opon mózgowych, w gruźlicy, w przewlekłem zatruciu wyskokowem, — mogą w rzeczy samej być i następstwem powikłań żółtaczki przewlekłej. Przypadłości te nerwowe pojawiają się najczęściej na kilka dni przed zgonem i bywają też uważane za signum mali ominis. Zdaje się, że działa tu niedomoga wątroby i zarazem samozakażenie ustroju z jelit, rozwijające się szybko wobec braku żółci w jelitach.

Przypadki, w których mamy leczyć bezczynność wątroby lub samozatrucie ustroju z wątroby, należą zazwyczaj do rozpaczliwych. Potrzebne są środki czyszczące i odkażające, ze względu na to, że główna przyczyna leży w jelitach: a więc kalomel; podawanie obfitej ilości płynów (wody, mleka) dla szybkiego wydzielenia trucizn z ustroju; obfite lewatywy, a nawet wlewania podskórne fizyologicznego rozczynu soli kuchennej w dawkach po 200—500 c^3, powtarzanych kilkakroć na dobę. Polecają również i kąpiele letnie lub zimne. Oprócz tego w razie potrzeby podać trzeba i leki podniecające, podtrzymujące sprawność serca.

Dla uzupełnienia obrazu wypada wspomnieć jeszcze o niektórych innych postaciach żółtaczki.

Nie są to, jak wiemy, jednostki chorobowe, — lecz grupy najróżnoro-

dniejszych przypadków chorobowych, w których żółtaczka jest jednym z wybitniejszych objawów.

Żółtaczka wskutek wzruszeń *(icterus psychicus, ex emotione)*. Opisywano przypadki, w których bezpośrednio pod wpływem nadzwyczajnego przestrachu (niebezpieczeństwa śmierci) lub gniewu wystąpiła żółtaczka, czasem równocześnie z przypadłościami żołądkowojelitowemi. Najprawdopodobniejszą przyczyną zdaje się być kurczowe zamknięcie ujścia przewodu żółciowego wspólnego, (pod wpływem nagłej zmiany unerwienia) albo też — wtargnięcie drobnoustrojów jelitowych do przewodów żółciowych. Między przyczyną działającą, a zjawieniem się żółtaczki upływa kilka godzin, czasem 1—2 dni.

Podobnie znane są przypadki, w których żółtaczka zjawiała się regularnie z miesiączką *(icterus menstrualis)* i ustępowała z jej ustaniem; zdarza się i t. zw. żółtaczka ciężarnych *(icterus gravidarum)*, która jednak jest raczej żółtaczką nieżytową u kobiet ciężarnych. Spostrzegano przypadki przejścia tej postaci w ostry zanik wątroby.

Żółtaczka kiłowa *(icterus syphiliticus)* zdarza się czasem (w 1·4%) równocześnie ze zjawieniem się zmian kiłowych na skórze (osutka) i na błonach śluzowych. Przebieg kiły bywa wtedy cięższy, stolce często bywają bezbarwne. Żółtaczka ustępuje razem z objawami drugorzędnej kiły po 3—4 tygodniach i wiąże się przyczynowo z zakażeniem kiłowem. Zdaje się, że obrzęk gruczołów chłonnych koło wnęki wątroby,— równoczesny z obrzękiem wszystkich innych gruczołów chłonnych, — ma ważne znaczenie w etyologii tej postaci żółtaczki.

W chorobach zakaźnych, w żółtej febrze, w durze powrotnym, w ropnicy, w zapaleniu płuc, w Griesingera durze żółtaczkowym *(biliöses Typhoid)* zdarza się stosunkowo często żółtaczka (stolce prawidłowo zabarwione), nie jako powikłanie przypadkowe, lecz widocznie jako objaw, pozostający w przyczynowym związku z chorobą główną (zob. t. I. Choroby zakaźne). Zdaje się, że przyczyną są tu zmiany w najdrobniejszych przewodach żółciowych i w komórkach wątrobnych.

Żółtaczką z nadmiaru żółci *(icterus polycholicus)*, nazwano przypadki, w których pomimo znacznej żółtaczki kał bywał ciemniej zabarwiony, niż w stanie prawidłowym, prawdopodobnie wskutek nadmiernie wytwarzającej się żółci, czy też nadmiaru barwików (*pleiochromia*).

Żółtaczka z zatrucia *(icterus toxicus)* pojawia się wskutek działania trucizn na czerwone ciałka krwi *(haemoglobinaemia)*. Typowym przykładem jest żółtaczka w hemoglobinemii napadowej *(haemoglobinaemia paroxysmalis)*, gdzie wskutek różnych przyczyn (kiła, zimnica itd.) rozpada się bardzo wiele krwinek czerwonych. Oprócz tego są pewne trucizny, które niszczą ciałka czerwone krwi: arsenowodór, niektóre grzyby, toluilendyamina, gliceryna, kwasy żółciowe. Inny znów szereg trucizn niszczy krwinki czerwone i zamienia ich hemoglobinę w methemoglobinę, jak chlorany, pirogalol, przetwory aniliny, antyfebryna, laktofenina, nitrogliceryna, nitrobenzol, i azotyny. Najprawdopodobniej rozwija się wskutek hemoglobinemii nadmiar barwików *(pleiochromia)* i zagęszczenie żółci, a następowo dopiero żółtaczka zastoinowa, której obraz mąci bądźto sinica, bądź też brunatnawy odcień zabarwienia skóry, (przy truciznach drugiej gromady). O otruciu fosforowem mówiliśmy już poprzednio (zob. str. 130).

Choroby dróg żółciowych.

Dwiema drogami dostają się czynniki chorobotwórcze do dróg żółciowych: albo przez wątrobę, drogą krwi, albo też z jelit, zwłaszcza, gdy ujściem przewodu żółciowego wspólnego (*ductus choledochus*) nie dobywa się żółć. Nieżytowe zmiany błony śluzowej przewodów żółciowych wytwarzają żół-

taczkę nieżytową (*icterus catarrhalis*). Jeżeli wszakże sprawa rozwija się jako zapalna, a przedewszystkiem jako zakaźna, postępująca, wtedy wytwarza się zapalenie ropne przewodów (*cholangitis infectiosa suppurativa*), nieraz i rozszerzenie przewodów, marskość żółtaczkowa i rozdęcie pęcherzyka żółciowego, albo i ropnie wątroby. W ścisłym związku pozostaje z tem zapaleniem przewodów żółciowych, kamica żółciowa (*cholelithiasis*).

Zakaźne zapalenie przewodów żółciowych.

Cholangitis infectiosa, suppurativa.

Jest to choroba, rozwijająca się czasem wskutek mechanicznych przeszkód (kamienie, glisty itp.) w odpływie żółci, u ludzi starszych, a czasami jako powikłanie i wyraz ogólnego zakażenia. Polega na zapaleniu przewodów żółciowych z wytworzeniem wydzieliny ropnej i naciekami drobnokomórkowymi w ścianach przewodów. Często wytwarza się po dłuższem trwaniu choroby, rozszerzenie przewodów żółciowych, albo też nawet i owrzodzenia ścian, wyjątkowo ropnie (różnych rozmiarów), od prosowatych do większych ropni, z rozpadu miąższu powstałych.

Czynnikami chorobotwórczymi bywają albo drobnoustroje, cechujące chorobę pierwotną (prątki duru, zapalenia płuc itd.), albo też bakterye jelitowe przy zakażeniu wstępującem (*bacter. coli commune*, paciorkowce, gronkowce itd.).

Objawy. Często za życia nie rozpoznajemy sprawy chorobowej, gdyż cały obraz przedstawia objawy ogólnego ciężkiego zakażenia, któremu towarzyszy żółtaczka i powiększenie wątroby, świeży obrzęk śledziony, obraz, odpowiadający ropnicy (*pyaemia*). Gorączka ma cechę gorączki zwalniającej (zob. ryc. 60 t. I. str. 327) z wieczornemi wzniesieniami, — nad ranem czasem nastaje stan bezgorączkowy; często jednak mącą obraz wzniesienia się ciepłoty, pochodzące od uwięznięcia kamyka żółciowego. Wogóle przebieg bywa nieraz niejednostajny, nawet z ciepłotą niższą od prawidłowej, z potami (*febris intermittens hepatica*, *bilioseptica* u lekarzy francuskich). Słusznie zwracają (Quincke) uwagę na pewne podobieństwa choroby tej z ropnem zapaleniem miedniczek nerkowych i z rozszerzeniem oskrzeli. Jasną jest rzeczą, że gorączka jest tu skutkiem wessania jadów gorączkotwórczych; trwa ona czasem miesiącami. Jako powikłania (często przerzuty), kończące się zazwyczaj śmiercią, zdarzają się oprócz posocznicy, zapalenia ropne opon mózgowych, żyły wrotnej, otrzewnej, wsierdzia itp. Nader rzadkie przypadki wyzdrowienia zdarzają się z ustąpieniem zawady dla odpływu żółci.

Rozpoznać choroby nieraz niepodobna. Pomocnem bywa uwzględnienie etyologii (kamica, dur brzuszny, zmiany w wątrobie, choroby pęcherzyka żółciowego). Zimnicę wyłączyć można, opierając się na braku pasorzytów zimniczych, na torze gorączki, szczególnie wobec pojawiania się regularnych, dłużej trwających przerw bezgorączkowych. Od ropnia wątroby nieraz wprost niepodobna odróżnić tej choroby. W zapaleniu przewodów żółciowych czasem niema gorączki, której nigdy nie brak przy ropniu.

Leczenie. Ścisłe leczenie kamicy, albo i nieżytowej postaci żółtaczki zapobiedz może często ropnemu zapaleniu przewodów. Leki żółciopędne i odkażające bywają z upodobaniem stosowane, choć ich skuteczność jest wątpliwa: kwas salicylowy, salol, ol. terpentynowy, benzonaftol, *natrium oleinicum*. — Gdyby wykryto glisty, wtedy santoniny, kalomelu użyć należy. Leczenie obja-

wowe stosuje się do poszczególnych przypadów sercowych, jelitowych itd. Jeszcze zabiegi chirurgiczne (sączkowanie rozdętego woreczka żółciowego lub większych przewodów żółciowych) byłyby w danym razie uzasadnione.

Zapalenie pęcherzyka żółciowego.

Cholecystitis.

Rozdęcie czyli rozszerzenie i ropienie pęcherzyka żółciowego.

Ectasia et empyema vesicae felleae.

Anatomicznie rozróżniamy nieżytowe zapalenie woreczka żółciowego (*cholecystitis catarrh.*), które z czasem wskutek zagęszczenia i zwiększenia się ilości żółci może utrudniać jej odpływ i w następstwie wywołać rozszerzenie pęcherzyka. Ściana ulega zmianom zapalnym przewlekłym, często następowym zgrubieniom, a nawet rozwijają się zniekształtnienia całego pęcherzyka. W zapaleniach ropnych *(cholecystitis purulenta)* nastąpić może przedziurawienie ścian z następowem zapaleniem otrzewnej. Etyologia bywa ta sama, co i zapaleń przewodów żółciowych *(cholangitis)* (zob. str. 165). Kamienie żółciowe bywają jednak najczęstszą przyczyną zapalenia woreczka — i naodwrót.

Objawy i rozpoznanie. Zapalenie pęcherzyka żółciowego bywa zazwyczaj pozostałością po przebytejkolce żółciowej. Ból i powiększenie się pęcherzyka żółciowego cechują sprawę zapalną, która zazwyczaj i w typowych przypadkach kolki żółciowej po kilku dniach ustępuje. Ruchy ciała, ruch robaczkowy jelit zwiększają ból. Powiększenie rozmiarów pęcherzyka może pochodzić od przybytku treści (zachowane są wtedy i zarysy pęcherzyka), albo też wskutek zapalnego nacieku i obrzęku ścian i otaczającej otrzewnej, przyczem wyczuwamy niekształtny guz. (Obecność kału w sąsiedztwie, w okrężnicy, mąci obraz). Gromadzenie się ropy w pęcherzyku objawia się często większym bolem, znaczniejszym obrzękiem, choć nie zawsze. Wyjątkowo przy zlepach ze ścianami brzusznemi — wytwarza się podskórny obrzęk surowiczy w okolicy wątroby.

Leczenie polega na bezwzględnym spokoju (w łóżku) i podawaniu makowca (co 3 godz. po 0·02 *extr. opii aquos.*), oprócz tego lód na okolicę bolesną. Często i przystawianie pijawek (4—6) sprawia choremu znaczną ulgę. Nieraz nie obejdzie się bez podskórnego wstrzyknięcia morfiny. Niektórzy chorzy znoszą lepiej okłady ciepłe (kataplazmy, termofor). Po ustąpieniu ostrych objawów stosować należy okłady wysychające. Stosowania lawatyw wobec nagromadzonego kału nie należy zaniedbywać, oczywiście z wszelką ostrożnością. Ropne zapalenie, zwłaszcza szybko się wzmagające, może zniewalać do zabiegu chirurgicznego.

Rozdęcie pęcherzyka żółciowego

rozwija się wskutek ogólnej zastoiny żółciowej, powstałej po trwałem zamknięciu przewodu pęcherzykowego (*ductus cysticus).* Rozdęcie może nabyć bardzo wielkich rozmiarów tak, że pęcherzyk dorównywa wielkością swoją pięści, a nawet może być jeszcze większy i dochodzi do 1 litra objętości. Treścią

pęcherzyka może być żółć, gdy zawada przeszkadza tylko odpływowi żółci, a przypływ nie jest wstrzymany; płyn zaś wodnisty wypełni wtedy pęcherzyk żółciowy, gdy przy trwale zniesionym odpływie składniki żółci zostały wessane, a brak zakaźnych pierwiastków. Taka puchlina pęcherzyka (*hydrops cystidis felleae)* dokucza choremu tylko swymi rozmiarami. Wreszcie ropna zawartość pęcherzyka (*empyema*) łączy się z ogólnem zakażeniem, a przebiegiem swoim odpowiada ropnicy (*pyaemia),* posocznicy *(septicaemia);* przytem mogą zdarzyć się najróżnorodniejsze powikłania, przebicia itd. (o czem później).

Rozpoznanie ma wyjaśnić wątpliwości, czy nie ma puchliny nerkowej lub torbieli jajnikowej lub wreszcie innego guza. Rozstrzyga związek guza (zazwyczaj na boki nieco ruchomego i napiętego) z wątrobą, i to ku górze; torbiel nerki wychodzi natomiast z tylnych ścian brzusznych, a torbiel jajnikowa z dołu. Guz często lepiej bywa widzialny, niż wyczuwalny. Opukiwać należy nadzwyczaj lekko. Nakłucie próbne wywołuje bardzo często zapalenie otrzewnej i dozwolone jest chyba tuż przed samą właściwą operacyą; to też o jakości treści prędzej nam da pojęcie cały przebieg, niż nakłucie.

Rokowanie i leczenie zawisło od objawów. Operacya tylko wtedy jest usprawiedliwioną, gdy powstało ropienie, albo nawet przy braku zapalnych objawów, gdy chory doznaje wielkich dolegliwości.

Kamica żółciowa.

Cholelithiasis.

Nie ulega wątpliwości, że kamienie żółciowe są w naszych czasach zjawiskiem częstszem, niż w starożytności. Pierwszą wzmiankę napotykamy w piśmiennictwie w drugiej połowie XVI. stulecia. Już Paracelsus opisuje trafnie kolkę żółciową i następową żółtaczkę. Bobrzeński (Lugd. 1700) w swem *Sepulchr. anatom.* opisuje dokładnie żółtaczkę zastoinową, Ettmüller zna żółtaczkę bez kamieni w pęcherzyku żółciowym i »wracanie« *(regurgitatio)* żółci do krwi. Rozpuszczalność kamyków w alkoholu i terpentynie wykrywa Vallisnieri na długo przed Durandem, polecając tę mieszaninę, jako lek zapobiegawczy. Hoffmann (1733) stosuje olejek migdałowy, mleko, gorące okłady, środki czyszczące i wody alkaliczne w kamicy, a w r. 1743 wydobywa kamienie z pęcherzyka żółciowego drogą operacyjną. Morgagni w swem wiekopomnem dziele: *De sedibus et causis morborum* 1767, wyczerpująco opisuje kamicę i zna kamyki żółciowe w pęcherzyku bez wszelkich przypadłości. Już w tych czasach istnieją liczne rozbiory chemiczne i sposoby operacyjne. Rozkwit wszakże kliniki i chirurgii kamicy jest owocem prac ostatniej ćwierci ubiegłego stulecia.

Anatomia patologiczna. Kamyki żółciowe, znajdowane w pęcherzyku żółciowym i w przewodach żółciowych wątroby, różnią się między sobą znacznie co do wielkości i ilości. Od drobnych ziarnek i grudek, wielkości główki od szpilki, ziarna piasku, aż do wielkości jaja kurzego, znaleźć można wszelkie stopnie; naliczono ich od kilku (średnio 10—15) aż do kilkuset, nawet do tysiąca; 7802 kamyków naliczył raz Otto w pęcherzyku. Wyjątkowo bywały wszystkie większe przewody żółciowe dosłownie zapchane kamykami i złogami. Kamyki bywają kuliste, jajowate, wieloboczne o powierzchniach gładkich, jakby polerowanych. Barwa ich bywa szara, żółta, brunatna, zielona, czarna, czasem biała, zależnie od ilości barwika warstw powierzchownych. Warstwy te bywają zazwyczaj twardsze, niż jądro, zawierające — w stanie suchym — jamkę. Badanie chemiczne wykazuje 60—80% cholestearyny i 15%—30% barwikowego (bilirubinowego) wapnia, małe ilości węglanu wapniowego, wy-

twory utlenienia barwika żółciowego, ślady żelaza i miedzi. Nieraz są i ślady rozpadłych nabłonków, śluzu, jako t. zw. szkielet czyli »rusztowanie« organiczne kamyków. W przeciwieństwie do jednostajnych na przekroju kamyków, zdarzają się kamyki złożone; w nich rozróżniamy warstwy obwodowe z wyraźną korą (zawierającą cholestearynę i bilirubinę wapniową) i jądro, najczęściej złożone z mucyny, cholestearyny i nabłonków, a wyjątkowo i z ciał obcych. Zdarzają się czasem i wielojądrzaste kamyki.

Naunyn rozróżnia: 1) kamyki, złożone wyłącznie z cholestearyny, kuliste, białe. Przekrój jest promienisty z drobnemi brunatnemi ogniskami; 2) warstwowe kamienie cholestearynowe, rozmaitej barwy na powierzchni; 3) kamyki żółciowe zwyczajne, napotykane najczęściej, różne barwą i kształtem, zazwyczaj wielkości pestki wiśni, o gładkich wielościankowych powierzchniach, za świeża nieraz miękkie; skorupa twardsza, jądro maziste z jamką; 4) kamyki bilirubinowowapniowe, mieszane, złożone z warstw współśrodkowych (»cebulasto« ułożonych), brunatnych; 5) kamyki wyłącznie bilirubinowe, drobne, najwyżej wielkości grochu, ciemnobrunatne, miękkie, i twardsze — czarne; wreszcie 6) inne wyjątkowe rodzaje lub kamyki zawierające ciała obce (stwierdzone przez Lobsteina, Bouissona, Frerichsa) jak: glisty, igły, pestki śliwki.

Etyologia kamicy uległa w ostatnich latach zasadniczym przeobrażeniom. Przedewszystkiem dziś nie uważamy kamicy żółciowej wyłącznie za skazę, za objaw zaburzeń w przemianie materyi, lecz za chorobę, w przeważnej części przypadków pierwotnie wynikłą z nieżytu dróg żółciowych; nieżyt ten najczęściej jest pochodzenia zakaźnego i ma cechy nieżytu wstępującego od przewodu pokarmowego ku przewodom żółciowym. Z drobnoustrojów najczęściej napotykamy prątki okrężnicy *(bacterium coli commune)*, prątki durowe, paciorkowce *(streptococcus)* i gronkowce *(staphylococcus)*, jako pośredników sprawy zakaźnej. Już nieznaczne zwolnienie prawidłowego odpływu żółci, wywołując zaleganie żółci *(Residualgalle)*, może stać się przyczyną szybkiego rozwoju drobnoustrojów, znajdujących się, choć w bardzo małej ilości, w prawidłowej żółci (a więc nie bezwzględnie jałowej, jak dotąd sądzono), albo też ułatwia dostanie się prątków z jelit, jak w durowem zapaleniu pęcherzyka żółciowego *(cholecystitis typhosa)* itp. Kamyki żółciowe wytwarzają się we wszystkich przewodach żółciowych śródwątrobnych i w przewodach głównych, najczęściej wszakże w pęcherzyku żółciowym. Według Naunyna cholestearyna i sole wapniowe, główne składniki kamyków, pochodzą z nieżytowo zmienionej błony śluzowej; w szczególności złuszczony, zwyrodniały nabłonek, jak również i obficiej wydzielany śluz, dostarczają owych składników. Wskutek łączenia się wapnia z barwikami żółciowymi wytwarzają się strąty nierozpuszczalne. Drobne właśnie grudki bilirubiny wapniowej, zlepione śluzem, wraz z szczątkami nabłonków, wśród których tkwią i drobnoustroje, stanowią pierwotne jądro kamyka. Kamyki wzrastają przez dalsze warstwowe osadzanie się cholestearyny lub wapniowej bilirubiny. Otóż prawdopodobnie poszczególne rodzaje złogów żółciowych powstają z nabłonków lub też z ich wytworów rozpadowych w sposób rozmaity. W przeważnej części wytwarzają się kamyki na miejscu. Podstawę stanowi nieżyt błony śluzowej dróg żółciowych, nieżyt »kamieniorodny« *(lithogener Catarrh)*, w szczególności nieżyt złuszczający *(angiocholitis, cholangitis desquamativa)*, mogący mieć różne przyczyny. Niektóre spostrzeżenia zdają się przemawiać za tem, że i czas potrzebny do wytwarzania się kamyków, może wahać się w bardzo szerokich granicach, tak że wyjątkowo mogą się wytworzyć kamyki już w kilku dniach

np. w durze brzusznym. Zazwyczaj wszakże potrzeba na to miesięcy, nieraz i kilku lat [1]).

Przeszkody w odpływie żółci, mające w etyologii kamicy tak wielkie znaczenie, mogą niekiedy najróżnorodniejszy mieć początek. O tych przeszkodach, jako przyczynach kamicy, wiedziano już przed 250 laty (w r. 1656 Fernelius w swej »Universa medicina« i w r. 1660 Forestus w swych »Observationes«). Prócz bliznowatych zrostów w okolicy wnęki wątroby, pasorzytów, nowotworów gruczołów, trzustki i t. d. przypuszczano i niedostateczny skurcz (*atonia*) ścian pęcherzyka żółciowego u starców, jako powód zastoin żółciowych. Również mają znaczenie przyczynowe i opadnięcie trzew (*enteroptosis*), brak ruchu, zajęcia biurowe i od najdawniejszych czasów uważane za główne czynniki, obcisłe ubrania i silne zaciskanie się w pasie sznurówkami. Wszystkie te czynniki wpływają niekorzystnie na położenie trzew brzusznych; wywołują one nadto upośledzenie ruchów przepony podczas oddechów, wydłużenie się wątroby wraz z przewodem pęcherzykowym ku dołowi z następowem zagięciem przewodu, często ucisk bezpośredni na przewód pęcherzykowy, zwłaszcza przy równoczesnej nerce ruchomej, usposabiają do nieżytu dwunastnicy. Również i porody (bardziej, niż ciąża) przyczyniają się do powstania choroby. Stąd też u kobiet (3—5 razy według Minkowskiego) częściej wydarza się kamica, niż u mężczyzn. Craz (w Bonn) twierdzi, że prawie u wszystkich kobiet stwierdzał przy sekcyach kamicę żółciową. Wiek wybitnie wpływa na częstość z tych samych powodów. Przed 30-tym rokiem przypada zaledwie 2% wszystkich przypadków, po 60-tym roku życia zaś prawie 25%. Zdaje się, że czynnikami uspasabiającymi są: rozwijająca się u osób starszych skłonność do wytwarzania cholestearyny z komórek i zwiększenie się ilości cholestearyny we krwi, oraz w żółci, niedowład pęcherzyka żółciowego, słaba czynność przepony itd. Zdaje się, że i głodzenie się sprzyja powstawaniu kamyków żółciowych, gdyż łatwo sprowadza zastoiny żółciowe. Również jest bardzo prawdopodobnem, że i miejscowość wpływa na częstość kamicy, gdyż jakość wody (większa zawartość wapna), sposób życia odmienny, mają wpływ na kamicę. Niewątpliwie również i choroby zakaźne, mogące wywoływać zmiany zapalne przewodów i pęcherzyka (*cholangitis et cholecystitis*), przyczyniają się do kamicy żółciowej. Zmiany następowe wskutek kamyków zależą od ich wielkości, kształtu i usadowienia się.

Kamyki żółciowe są przy sekcyach zjawiskiem częstem. Autorowie podają średnio 5%—7%; w naszych okolicach, jak przypuszczam z własnego doświadczenia, odsetek może jest wyższy. Często są one dla obducenta niespodzianką; za życia żadnych przypadłości nie było. Kamyki najczęściej leżą w pęcherzyku żółciowym, zazwyczaj luźno, czasem otorbione lub nitkowatemi pasmami do ścian przytwierdzone, czasem jakby w oczkach siatki, albo też w samem utkaniu ścian pęcherzyka wskutek przebytych spraw wrzodziejących (czasem w uchyłkach, u Francuzów *„bassinet“*). Często też, przedziurawiwszy ścianę, dostają się kamyki do sąsiednich narządów. W przewodzie pęcherzykowym (*duct. cysticus*) wytwarzają znajdujące się tam kamyczki wypuklenia, toż samo i w przewodzie żółciowym wspólnym (*d. choledochus*). W większych przewodach wą-

---

[1]) M. Rejchman (z Warszawy) uważa kamicę za wyraz skazy ustrojowej — nie zaprzeczając, że pewne szkodliwe wpływy (siedzący tryb życia, ucisk itd.) ułatwiają tworzenie się złogów. Z drugiej strony Naunyn twierdzi, że cholestearyna i wapno w żółci nie zależą ani od ogólnej przemiany materyi, ani też od pokarmów. Oba te składniki pochodzą z błony śluzowej dróg żółciowych.

trobnych stwierdzić możemy czasem i rozszerzenia wskutek kamyków, nieraz worczaste, z zanikłą błoną śluzową, albo też i zapalenie ropne przewodów (*cholangitis suppurativa*). W innych przypadkach rozwija się ropne zapalenie przewodów, przechodzące i do najdrobniejszych rozgałęzień, albo też tworzą się w wątrobie ropnie. Wreszcie rozwija się wyjątkowo zapalenie oddzielające (*hepatitis sequestrans*) z martwicą (*necrosis*) ogniskową miąższu, albo też zapalenie śródmiąższowe (*hepatitis interstitialis*). W pęcherzyku żółciowym prawie zawsze istnieje zapalenie przewlekłe (*cholecystitis chronica*). Trudno rozstrzygnąć, w których przypadkach sprawa zapalna była przyczyną, a w których następstwem kamyków. Nieraz widzieć możemy rozdęcie pęcherzyka, przerost beleczkowy wewnętrznych warstw, albo zmiany bliznowate lub zupełne zwapnienie ścian pęcherzyka. W skurczonych, z a n i k ł y c h pęcherzykach prócz kamyków nie widać żółci, lecz śluz: odwrotnie nagromadza się wskutek trwałego zamknięcia ujścia nadmierna ilość śluzowobiałkowatej, wodnistej treści, czyli wytwarza się p u c h l i n a p ę c h e r z y k a ż ó ł c i o w e g o (*hydrops cystidis felleae*). W zapaleniach ropnych widać zazwyczaj w ścianach silne zmiany zapalne, czasem o w r z o d z e n i a, mogące łatwo wywołać przedziurawienie. Na otaczającej błonie surowiczej rozwijają się w przewlekłych sprawach zmiany zapalne z wytworzeniem licznych, włóknistych zrostów, w ostrych zaś przypadkach rozwija się zapalenie włóknikowe. Dość często rozwijają się wskutek d ł u g o t r w a ł e g o p o d r a ż n i e n i a n o w o t w o r y r a k o w e p ę c h e r z y k a ż ó ł c i o w e g o lub p r z e w o d ó w żółciowych.

Objawy. Wyjątkowo tylko kamyki, pozostające w spokoju, objawiają obecność swoją w pęcherzyku żółciowym. Brak objawów podmiotowych bywa regułą. Przemijające nieznaczne dolegliwości w okolicy wątroby, uczucie ciężaru, zmieniające się przy zmianach położenia, czasami bole głowy (u Francuzów: „*cephalée lithiasique*“), zmienne usposobienie, przypadłości żołądkowe, czasem lekka żółtaczka, nie mają nic znamiennego. Przedmiotowo stwierdzić można czasem, że powiększony pęcherzyk żółciowy wystaje nieco z pod brzegu wątroby, jakby »woreczek wypełniony orzechami laskowymi«, poruszający się wraz z wątrobą przy ruchach oddechowych. Wątroba bywa nieco powiększoną. Zazwyczaj wszakże bywa wynik badania w okresie tej »u t a j o n e j k a m i c y« ujemny. Znamienne objawy kamicy żółciowej powstają dopiero wtedy, gdy 1) kamyk opuszcza pęcherzyk żółciowy, lub gdy 2) rozwijają się sprawy zakaźne i zapalne w przewodach żółciowych. Zdarza się jednak, że kamyki odchodzą ze stolcem, a więc opuszczają pęcherzyk żółciowy, a chorzy nie doznają żadnych dolegliwości. Są to wszakże wyjątki, tłómaczące się albo znacznem rozszerzeniem przewodów, albo też nieprawidłowemi połączeniami jamy pęcherzyka z jelitami. Nieprawidłowe takie drogi powstać mogą zwolna, w ciągu lat, po owrzodzeniach pęcherzyka, zrostach i wytworzeniu się p r z e t o k i ż ó ł c i o w o j e l i t o w e j. Zazwyczaj jednak uruchomienie kamyków żółciowych wywołuje znamienne objawy, znane pod nazwą k o l k i ż ó ł c i o w e j lub w ą t r o b n e j (*colica hepatica*).

P o w ó d k o l k i nie zawsze bywa jasny. Być może, że poniekąd słuszność mają ci lekarze, którzy uważają »wędrówkę kamyków« za dążenie ustroju do pozbycia się ciała obcego, na podobieństwo innych pokrewnych objawów, za objaw samopomocy przyrody. Zaziębienie, gwałtowny ruch, skok, silne działanie tłoczni brzusznej, uporczywy kaszel, kichanie, wymioty, znaczniejszy wysiłek fizyczny, błąd dyetetyczny (często tylko pod względem ilościowym), czasem silne wzruszenie umysłowe, miesiączka, ciąża i guzy nowotworowe, sprzyjające wytwarzaniu się kamyków, sprowadzają znów łatwo (po p o r o d z i e,

albo po wyłuszczeniu guza) kolkę żółciową. Dość często zgoła nie możemy wykryć powodu kolki. Niewątpliwie czynne tu są warstwy mięsne ścian pęcherzyka i dróg żółciowych, podrażnionych obecnością ciała obcego, wypierających kamyk w kierunku ku przewodowi. Nieraz i silny ruch robaczkowy dwunastnicy udzielić się może głównym przewodom żółciowym i przyczynić się do uruchomienia kamyków. Do powstawania objawów kolki niemało przyczyniają się szczególniejsza budowa (nakształt korkociągu) przewodu pęcherzykowego i kurczowe zaciśnięcie zwieracza ujścia przewodu wspólnego w dwunastnicy. Chwila przechodzenia, »przerzynania się« kamyków w tych punktach, a raczej ich uwięznięcie tamże, objawia się bolem. Nagłe ustawanie bolów po przejściu kamyka świadczy przeciw przypuszczeniu niektórych autorów (Riedel), jakoby obrzęk zapalny błony śluzowej i wysięk w pęcherzyku i przewodach były jedyną przyczyną kolki. W przeważnej części przypadków jest kolka żółciowa wyrazem uwięznięcia, zaklinowania się kamyka żółciowego w jednym z głównych przewodów żółciowych [1]).

Napad kolki żółciowej rozpoczyna się zazwyczaj nagle gwałtownymi bolami w okolicy pęcherzyka żółciowego. Rzadziej zjawiają się przedtem objawy zwiastunowe w postaci nudności, dreszczyków, ogólnego niedomagania. Bole bywają albo napadowe, albo też bez przerwy. Napadowe sprawiają straszne cierpienia; kobiety podają, że bole bywają daleko silniejsze, niż bole porodowe, z krótkiemi częściowemi ulgami. Ból bez przerwy trwa godzinami. Zazwyczaj podają chorzy, że ból rozpromienia się ku żołądkowi, ku plecom po stronie prawej, ku kręgosłupowi, rzadziej ku kończynom. Nieraz bole sadowią się w nieprawidłowych miejscach; zamiast w okolicy wątroby, wyłącznie w dołku podsercowym, wyjątkowo w lewem podżebrzu lub w sutku. Oddech bywa powierzchowny, wstrzymywany i czasem chorzy bezwiednie zginają się ku prawej stronie, by w ten sposób zmniejszyć napięcie. Na czas jakiś bole ustają, zdaje się, gdy kamyk dostał się do przewodu wspólnego, ponawiają się jednak, gdy kamyk przeciska się przez ujście. Bole gwałtowne wywołują nieraz omdlenia i wymioty. Napad może wyjątkowo przewlec się i trwać kilka dni. Czy ponawiające się napady nie są czasem objawem uwięznięcia nowych kamyków, trudno orzec. Wymioty żółciowe świadczą o częściowej przynajmniej drożności przewodu żółciowego wspólnego. U chorych wrażliwych, u histeryczek, zjawiają się czasem równocześnie napady histeryczne, drgawki, majaczenia (*hysterotraumatisme* autorów francuskich). Prawie równocześnie z kolką żółciową zjawiają się dreszcze i gorączka, dochodząca i do 40° C; pomimo gorączki brak jednak nieraz dreszczów. Zazwyczaj trwa gorączka zaledwie kilka godzin i niewątpliwie pozostaje w ścisłym związku z napadem kolki. Jeżeli zjawi się napad świeży, gorączka pojawia się na nowo tak, iż w ciągu kilku napadów powstaje obraz gorączki przerywanej, różnej wszakże od zakaźnej gorączki ropniczej (*fièvre intermittente hépatique*, Charcot). Zdaniem niektórych klinicystów jednak już i ta gorączka, towarzysząca napadowi, »odruchowa«, jest objawem zakażenia.

Wątroba bywa w napadzie powiększoną; stwierdzić wszakże wielkości wątroby obmacaniem wprost niepodobna podczas gwałtownych bolów, nękających chorego, zwłaszcza, że i ściany brzuszne są wtedy silnie napięte.

Pęcherzyk żółciowy bywa (w $^1/_3$ przypadków) powiększony, gdy

---

[1]) O nadzwyczajnem nasileniu bolów daje poniekąd wyobrażenie siła skurczu zwieracza w przewodzie wspólnym (*duct. choledoch.*), dochodząca według Oggiego do 700 mm. słupa wody.

przewód pęcherzykowy zatkany; jeżeli kamyk uwiązł w przewodzie wspólnym, bywają i pęcherzyk i wątroba powiększone.

Żółtaczka pojawia się średnio w kilkanaście godzin po napadzie, częściej zjawia się później, a ustępuje w przypadkach »prawidłowej« kamicy w kilka dni po napadzie. Nasilenie żółtaczki bywa średnie, a w połowie przypadków brak zupełnie żółtaczki, mianowicie gdy kamyk ugrzązł w przewodzie pęcherzykowym.

Przy całkowitem zamknięciu przewodu wątrobnego, albo przewodu żółciowego wspólnego, albo też głównych przewodów śródwątrobnych, rozwija się żółtaczka. Zatkanie mniejszych przewodów w wątrobie z następową, nawet wybitną kolką wątrobną, nie wywołuje żółtaczki. Tego rodzaju przypadków nie można prawie rozpoznać i często biorą je lekarze za kurcze żołądkowe, napady histeryczne, za kolki jelitowe, a nawet za przypadłości sercowe; dopiero przypadek szczęśliwy przy następnych napadach wyjaśnia prawdziwą przyrodę sprawy.

Zdarzyć się może, że kamyki dostały się do jelit przez przetoki, albo też tak się układają w przewodach, że obok nich przecież trochę żółci przesączyć się może; wtedy oczywiście nie zjawi się żółtaczka. Niektórzy badacze sądzą nawet, że żółtaczka po kolce żółciowej powstaje wskutek zaburzeń w czynnościach (*parapedesis*) komórek wątrobnych, a nie z powodu przeszkód mechanicznych; te zaburzenia czynności mogą pochodzić i z zakażenia (Minkowski i inni). Dłuższe trwanie żółtaczki już po ustąpieniu kolki zawsze usprawiedliwia przypuszczenie jakiejś trwałej przeszkody w odpływie żółci. Inne objawy, towarzyszące kolce żółciowej, jak np. pragnienie, bole głowy, wstręt do pokarmów, mają znaczenie podrzędne.

Mocz nieraz wcześniej okazuje ciemniejsze zabarwienie (bilirubinowe), nim jeszcze pojawi się żółtaczka. Szczegół ten ułatwia nieraz rozpoznanie. Kał bywa wobec wstrzymanego odpływu żółci szary, gliniasty, kredowaty, nawet jeszcze przez kilka dni po napadzie.

Z takich odbarwionych stolców można się czasem domyślać kamicy żółciowej, choć napadu kolki nie było. Bywają też atoli typowe przypadki kolki żółciowej z żółtaczką, choć stolce nie tracą barwy; oczywiście w takim razie przewody żółciowe nie były zupełnie zamknięte. Dla stwierdzenia w kale obecności kamyków należy przepuścić kał, rozcieńczony wodą, przez rzeszoto. Brak kamyków po napadzie tłómaczymy cofnięciem się ich do pęcherzyka żółciowego, lub innem ułożeniem kamyka, dostaniem się kamyka do obszernego przewodu żółciowego wspólnego (*d. choledochus*), wreszcie i rozpadem kamyka w jelicie.

Najczęściej ustępuje ból w »prawidłowej kamicy« natychmiast po odejściu kamyka; w ciągu kilku dni mija napad w zupełności. W wielu przypadkach mijają lata, nim zjawi się drugi napad; czasem jednak powtarzają się napady i stają się powodem rozwoju całego szeregu zmian następowych z najróżnorodniejszemi powikłaniami. Widujemy też często przypadki lekkie, niejako »poronne« niewątpliwej kolki żółciowej, a objawy występują tylko bardzo słabo. Nasilenie znów bolów niezawsze jest miarą wielkości kamyka; na ból wpływa w pierwszym rzędzie stan przewodów żółciowych i kształt kamyka. Przypadki zejścia śmiertelnego wskutek wstrząsu po »prawidłowej« kolce żółciowej należą do nadzwyczajnych wyjątków; najczęściej przyczyną było jakieś powikłanie, nierozpoznane za życia. Pęknięcie zdrowej ściany pęcherzyka żółciowego jest rzeczą nieznaną, a z pęknięcia pęcherzyka

(zmienionego) z wylaniem się żółci do jamy otrzewnej, nie zawsze śmierć wynika.

Kamica nieprawidłowa (*cholelithiasis irregularis*). Powikłania kamicy żółciowej bywają bardzo różne, a kombinacye zdają się być prawie niewyczerpane. Pierwszą gromadę stanowią przypadki z długotrwałem i całkowitem zamknięciem przewodu pęcherzykowego lub wątrobnego, a przedewszystkiem przewodu żółciowego wspólnego (*d. choledochus*). Z zamknięcia przewodu pęcherzykowego wytwarza się po wessaniu żółci skurczenie się, zbliznowacenie pęcherzyka, otoczonego obfitymi zrostami łącznotkankowymi, albo też puchlina pęcherzyka (*hydrops cystidis felleae*), przyczem wymacać można pęcherzyk, jako wystający, sprężysty, napięty guz. Sprawy takie trwają miesiącami, żółtaczki zazwyczaj brak, a dolegliwości podmiotowe nie bywają znaczne. Zamknięcie przewodu żółciowego wspólnego wywołuje daleko groźniejsze następstwa, przedewszystkiem trwałą, przewlekłą żółtaczkę. Jeżeli nie wytworzy się przypadkowo jakaś przetoka, umożliwiająca odejście kamyka lub odpływ żółci, wtedy zazwyczaj chorzy giną wśród wzmagającej się żółtaczki, prawie czarnej (*icterus melas*), rozszerzenia przewodów żółciowych itd. w ciągu kilku miesięcy, wśród objawów przewlekłej żółcicy (*cholaemia*).

W niektórych przypadkach żółtaczka może nawet zmniejszyć się, gdyż miąższ wątroby, chorobowo zmieniony, mniej wytwarza żółci; o marskości żółciowej była powyżej mowa. Czasem znów wytwarza się znaczniejszy obrzęk wątroby, jednak bez puchliny brzusznej, bez obrzęku śledziony, a nadmiernie rozdęty pęcherzyk żółciowy może ucisnąć i zupełnie w końcu zacisnąć przewód żółciowy wspólny. Przewody (*d. cyst., hepat., choledochus*) bywają wtedy wskutek niedrożności worczasto rozdęte, tak iż brano je nieraz mylnie za pęcherzyk żółciowy. Długotrwałe zamknięcie przewodu żółciowego wspólnego wskutek uwięznięcia kamyków żółciowych wikła się często z rakiem, wytwarzającym się w ścianach przewodu. Oprócz tego jednak opisano liczne przypadki nowotworów rakowych bez kamicy.

Drugą gromadę stanowią przypadki z owrzodzeniami, początkowo niejako odleżynowemi, wskutek długotrwałego ucisku kamyków na ściany przewodów żółciowych. Sprawy wrzodziejące z towarzyszącem włóknistem zapaleniem sąsiedniej otrzewnej są najczęściej powodem wytworzenia się przetok i stanowią czasem szczęśliwy przykład samopomocy przyrody, gdyż w ten sposób i kamyki, choć drogami nowemi, wydostają się na zewnątrz. Tu należą przetoki z przewodów żółciowych do dwunastnicy, okrężnicy i żołądka. Czasem sprawy te przebiegają całkiem niepostrzeżenie, bez znaczniejszych dolegliwości. Wyjątkowo spostrzegano przetoki na zewnątrz (na powierzchnię ciała). Zdaje się jednak, że przetoki do dwunastnicy są częstsze, lecz częściej też pozostają nierozpoznane. Z owrzodzeń tych mogą również nastąpić przebicia do jamy opłucnej, do tkanki zaotrzewnej, do dróg moczowych itd. Przebicia do jamy otrzewnej wywołują najczęściej śmiertelne zapalenie otrzewnej, szczególnie jeżeli przebicie nastąpiło tuż po napadzie kolki żółciowej. Jeżeli kolka nie poprzedzała przebicia, to zazwyczaj zapalenia otrzewnej bywają ograniczone (Naunyn). W ogólności następstwa przebicia ścian pęcherzyka żółciowego do jamy otrzewnej są bardzo różne, począwszy od wessania żółci bez zmian zapalnych otrzewnej (przy drobnych zmianach ścian pęcherzyka, lub też przy obrażeniach zdrowego pęcherzyka żółciowego), aż do obrazu gwałtownego zapalenia (*peritonitis acutissima*), jeżeli ściany pęcherzyka były zropiałe (*cholecystitis purulenta*). O wessaniu wylanej żółci w tych przypadkach mowy niema, gdyż zakażona otrzewna ulega sprawie zapalnej. Wyjątkowo stwier-

dzono przedziurawienie ścian, jednak otwór zatkany był kamykiem. Nader rzadko zdarzają się i groźne krwotoki, jeżeli naczynie krwionośne żołądka lub jelit uległo nadżarciu.

Trzecią gromadę stanowią przypadki z cechą ciężkich zakażeń, z ropnem zapaleniem dróg żółciowych (*cholangitis infectiosa*, *suppurativa*), z wytworzeniem się ropni wątrobnych. Najczęściej stan ten rozwija się dopiero po kilku napadach kolki żółciowej. Albo równocześnie z napadem, albo też po jego ustąpieniu zjawia się gorączka, która w ciągu dni kilku wzrasta do 39° i wyżej, najczęściej poprzedzona dreszczami. Dreszcze, nieraz bardzo silne, trwają 2—3 godzin, przyczem często występuje sinica, zapad; najczęściej bezpośrednio po dreszczach stwierdzamy wysoką ciepłotę, tętno bardziej przyspieszone, wreszcie poty (*fiévre intermittente hépatique*, Charcot). Podobieństwo do napadu zimniczego może być bardzo wielkie, zwłaszcza, że i śledziona bywa obrzękłą, a ciepłota spada potem nieraz niżej od prawidłowej [1]). W miarę trwania choroby, przerwy bezgorączkowe bywają coraz krótsze, typ zimniczy zaciera się, a rozwija się gorączka ciągła (*febris continua*), rzadziej gorączka zwalniająca (*febris remittens*). Ten stan może trwać i kilka tygodni i kończy się zazwyczaj śmiercią; pomyślniejsze zejście zdarza się wyjątkowo w przypadkach, w których gorączka nie miała cechy gorączki ciągłej. Zjawienie się dreszczów i gorączki tłómaczą przeważnie wtargnięciem drobnoustrojów do krwi przez ubytki błony śluzowej, wywołane wędrówką kamyków. Badania krwi potwierdzają to zdanie.

Rozpoznanie ropnia wątroby, a jeszcze bardziej ropni mnogich, jest w tych przypadkach prawie rzeczą niemożliwą. Czasem wskazują to objawy ograniczonego zapalenia otrzewnej, albo opłucnej, albo wreszcie szczególniejszy ból, ograniczony tuż nad wymacalną guzowatością wątroby. Przy ropniach tor gorączki częściej bywa zwalniający.

Czwartą gromadę wreszcie stanowią przypadki z objawami niedrożności przewodu pokarmowego (*Gallensteinileus*). Zamknięcie przewodu pokarmowego bezpośrednio, wskutek uwięznięcia w nim kamienia większych rozmiarów, należy, jak nowsze badania wykazały, do zjawisk rzadszych; większe kamyki dostają się przez przetoki pęcherzykowojelitowe do światła jelit. Oczywista, że w przypadku uwięzgnięcia kamyka w jelicie wystąpią znamienne objawy niedrożności jelit stosownie do usadowienia się przeszkody. Dodać wypada, jako szczegół znamienny dla niedrożności wskutek uwięznięcia kamienia żółciowego, że nieraz stolec i wiatry odchodzą, a pomimo to chorzy

---

[1]) Cechy różniczkowe (Biegański, Dyagnostyka, 3. wydanie. 1903. Warszawa):

Febris intermittens hepatica.	*Febris intermittens malarica.*
1. Poprzedzające, często z żółtaczką, napady kolki wątrobnej.	1. Wywiady nie wskazują na podobne objawy.
2. Napady najczęściej zjawiają się wieczorem (Charcot).	2. Napady mają typ najczęściej ranny.
3. Przestanki bezgorączkowe między napadami bywają nieprawidłowe, trwają różny przeciąg czasu.	3. Przestanki bezgorączkowe, między napadami, prawidłowe, stosownie do toru gorączki.
4. Wątroba w wielu razach powiększona, śledziona prawidłowa.	4. Śledziona mocno powiększona, twarda.
5. Często w przebiegu choroby zdarza się żółtaczka.	5. Żółtaczka bywa rzadko bardzo i tylko w cięższych postaciach; zabarwienie skóry nigdy nie bywa znacznem.
6. Chinina niema żadnego wpływu na przebieg gorączki.	6. Skuteczność chininy.

wymiotują kałem; w pewnych przypadkach znów brak stolca, bębnica rozwija się w górnej części brzucha, częste wymioty płynne niekałowe, żółtaczka — pochodzą z uwięźnięcia kamyka w dwunastnicy. Daleko jednak częściej powstaje podrażnienie jelit wskutek obecności ciała obcego. Dopiero zazwyczaj odruchowo rozwijają się groźne objawy niedrożności jelit. Objawy te na czas jakiś — od kilku dni, do kilku miesięcy — mogą ustąpić, kamień posuwa się dalej, aż znów, zatrzymany w innem miejscu, sprowadza nawroty niedrożności, mijające znów szczęśliwie, albo też śmiertelne. Zejście śmiertelne stwierdzono też nawet przy całkiem ruchomym kamieniu wskutek porażenia jelita.

Inny szereg zmian, pozostający w związku z kamicą żółciową, gdzie kamyk do jelit się dostał, rozwija się w postaci ostrych lub przewlekłych spraw zapalnych otrzewnej, spraw wrzodziejących, lub nawet przewlekle wytwarzających się zwężeń jelitowych.

Rokowanie w kamicy żółciowej. W przeważnej części przypadków pozwala kamica prawidłowa rokować korzystnie, choć nigdy nie bez zastrzeżeń. Napady kolki żółciowej czynią rokowanie wątpliwem, a stan gorączkowy, dłużej trwający, świadczący o sprawach zapalnych w drogach żółciowych, pogarsza rokowanie w znacznym stopniu. Rokowanie jest niepomyślne, gdy wystąpią objawy przebicia pęcherzyka żółciowego, objawy niedrożności jelit, objawy ropnicy, lub przewlekłej żółcicy z postępującem wynędznieniem, wreszcie w raku.

Rozpoznanie kamicy żółciowej tylko rzadko jest możliwem, dopóki kamyki spoczywają spokojnie w pęcherzyku żółciowym, choćby nawet i powiększonym. Wyjątkowo da się wymacać znacznie powiększony pęcherzyk, wypełniony kamykami. Do odróżnienia kamicy od guzów nerkowych ma służyć objaw, polegający na tem, że powiększony pęcherzyk żółciowy, wciskany w głąb, wraca do swego pierwotnego położenia, zaś guz nerkowy przesunięty nie wraca, lecz pozostaje na miejscu. Prześwietlanie promieniami Roentgena nie na wiele się przyda, gdyż cholestearyna przepuszcza promienie, a zawartość wapna, umożliwiająca odkrycie kamieni, jest za mała i z tej przyczyny tylko wyjątkowo można wykazać kamyki zdjęciami skiofotograficznemi (Naunyn — Kongres paryski 1900). Dopiero z chwilą wystąpienia kolki żółciowej mamy niewątpliwe dane rozpoznawcze. Ustanowienie jakiejś kamicy utajonej (*cholelithiasis larvata)*, poza którą tkwi choroba zupełnie odrębna, niema uzasadnienia. Jeżeli w danym razie rzeczywiście kamicy niema, to nawet i utajonej niema; kurcze żołądkowe, bole żołądkowe w przebiegu wrzodu żołądka różnią się od kolki żółciowej tem, że powstają najczęściej tuż po jedzeniu, bez dławienia i bez silnych wymiotów żółciowych. W usadowieniu się tych bolów w dołku podsercowym najczęściej nie można upatrywać żadnego znaczenia, gdyż, jak praktyka poucza, prawie w połowie przypadków kolki żółciowej bole sadowią się w dołku podsercowym (mianowicie, gdy kamień uwiązł nad ujściem przewodu żółciowego wspólnego); często pojawia się kolka żółciowa dopiero w kilka godzin po jedzeniu, zwłaszcza po błędzie dyetetycznym.

Nerka prawa ruchoma wytwarza czasem podobne objawy, nawet i żółtaczkę. Pomijając znamienną zazwyczaj ruchomość takiej nerki, zresztą łatwo się pomylić. Niestety dopiero bezskuteczne leczenie rzekomej kamicy i żółtaczki, pogorszenie się stanu skutkiem wstrząśnień itp. wyjaśniają sprawę.

Kolkę nerkową cechuje usadowienie się bolów w okolicy lędźwiowej i rozpromienianie się ich wzdłuż moczowodów, ku pęcherzowi itd., choć i tu nie brak wyjątków, zwłaszcza jeżeli równocześnie istnieją obie choroby. W »kolce

jelitowej« usadowionej w okolicy wątroby, tylko dalsze śledzenie przebiegu usuwa wątpliwość. Ustąpienie bolów po stolcu, cechujące rzekomo kolkę jelitową, zdarza się bardzo często i w kolce żółciowej. Ograniczone zapalenie otrzewnej przypomina często kolkę żółciową. Największą jeszcze wartość rozpoznawczą mają dwa objawy: 1) oddech w zapaleniu otrzewnej bywa przeważnie żebrowy, w kolce zaś żółciowej przecież dostrzedz można ruchy przepony przy oddychaniu, 2) mocz zawiera znaczne ilości indoksylu, których niema w przypadkach zwyczajnej kamicy. W kolce ołowiczej ułatwiają rozpoznanie znamienne objawy zatrucia ołowiem i brak żółtaczki. Pamiętać trzeba, że istnieją przypadki nerwobolów międzyżebrowych i wątrobnych, przypominające bardzo kolkę wątrobną, t. zw. kolka wątrobna wrzekoma (porówn. ustęp dotyczący w końcu tego rozdziału). Oprócz znamiennego usadowienia się bolu zasługuje na baczną uwagę właściwa kamicy żółtaczka, znikająca i pojawiająca się na krótszy lub dłuższy czas, zależnie od tworzącej się lub znikającej zawady w odpływie żółci, jak również zmienne zabarwienie stolców, wreszcie i przemijające bolesne obrzęki wątroby. Pomimo to pamiętać trzeba, że brakuje czasem żółtaczki i w najcięższych przypadkach kamicy żółciowej. W tych wszystkich przypadkach cały obraz, przedewszystkiem bole, wskazują kolkę żółciową, choć niema żółtaczki. Trwała żółtaczka zdarza się najczęściej przy nowotworach, uciskających przewody główne, również przy zamknięciu przewodu żółciowego wspólnego przez kamyk.

O ropnych zapaleniach przewodów żółciowych i pęcherzyka już mówiliśmy.

Oczywiście najważniejszym dowodem będzie znalezienie kamyka w stolcu, co wymaga wielkiej cierpliwości. Nieraz kilka i kilkanaście dni potrzeba stolce przeglądać, często bezskutecznie, gdyż kamienie wcale nie wyszły jeszcze, albo wreszcie rozpadają się w jelicie. Czasem łudząco podobne bywają różne złogi, pestki, »kamyki rzekome«, drobne koprolity, grudki tłuszczowe itp. Chemiczne i drobnowidowe zbadanie rozstrzygnie wątpliwość. Pamiętać trzeba, że kamyki świeższej formacyi bywają miękkie.

Leczenie obejmuje: *a)* zabiegi w napadzie i *b)* właściwe leczenie kamicy.

a) Zadaniem naszem jest: usunąć ból i ułatwić, wogóle umożliwić, odejście kamyka. Ostry napad kolki żółciowej wymaga bezwarunkowo leżenia w łóżku. Przedewszystkiem zalecamy wypróżnienie jelit przy pomocy obfitej lawatywy z wody ciepłej z dodatkiem kilku łyżek oleju rącznikowego (i żółtka), w przypadkach nawykowego zaparcia stolca nawet znaczniejszy dodatek nalewki senesowej *(infus. sennae comp.)* lub lawatywa z 200—500 gm oliwy letniej. Rychły stolec zmniejszy, nieraz usunie bole. Równocześnie stosujemy okłady gorące na okolicę wątroby (piasek, popiół, mąkę lnianą, serwety zamoczone w wodzie wrzącej, przykładane jedna po drugiej itd., termofory, a• podskórnie stosujemy morfinę 0·01—0·015, wyjątkowo odrazu 0·02, albo wewnętrznie 20 kropel nalewki makowcowej *(tra opii simplex)*, a następnie po 5—10 kropel co 2—4 godz.

Przedtem jeszcze zalecamy dłużej trwającą, gorącą (40° C) kąpiel; pomimo wymiotów należy przecież podawać małe ilości gorących płynów (po 100 gm), wody gorącej (45° C) lub gorących odwarów rumianku, mięty pieprzowej, gorącego mleka lub wody karlsbadzkiej. Kąpiel ciepła, w razie potrzeby z dołączeniem zlewań chłodniejszych, łagodzą również i przypadłości histeryczne, występujące czasem równocześnie z napadem kolki. Zamiast podskórnych wstrzy-

kiwań można użyć i czopków morfinowych lub makowcowych (po 0·02 *extr. laudani aqu.)*.

Wreszcie można stosować i lawatywy z dodatkiem makowca. Niektórzy stosują wodnik chloralu. *Rp. Chlorali hydrat. 5, mucil. salep. syr. rubi idaei āā 25·0, M. D. S.* w napadzie zażyć połowę. Tym chorym, którzy przebywszy już kiedyś podobne napady, przeczuwają zbliżający się świeży napad, zalecimy, by udawszy się natychmiast do łóżka, stosowali gorące okłady na wątrobę i zażyli odrazu z 20 kropel rozczynu kodeiny *(codeini phosph. 0·20:10 aq. laurocer.)*, albo jeszcze lepiej *trae. opii spl.* odrazu 30 kropel. Jürgensen radzi nawet 40 kropel. Nieraz w ten sposób uda się wstrzymać napad kolki żółciowej. Gdyby bole nie ustawały, należy jeszcze podawać po dziesięć kropel nalewki makowca ze trzy razy dziennie (najwyższe dawki: *pro dosi 1·50; pro die 5·0* t. j. 30 kropel *pro dosi*, a sto kropel *pro die)*.

W niektórych przypadkach inne środki kojące, stosowane zewnętrznie np. chloroform, łagodziły bole. Stosowałem zewnętrznie chloroform w następującej postaci: Do kieliszka, na którego dnie znajdował się kawałeczek waty, nalewałem łyżeczkę chloroformu. Odwrócony dnem do góry kieliszek przyciskałem na kilka minut do miejsca bolącego, a ulatniający się chloroform częścią drażniąc skórę działał odwodząco, częścią wnikając w nią łagodził ból. Brzegi kieliszka muszą być suche, inaczej utworzą się przeczosy. Po kilku minutach należy ustawić kieliszek nieco dalej, zawsze w okolicy wątroby. Nieraz wystarczało 3—4-krotne przystawienie kieliszka w kilku punktach, aby znacznie złagodzić bole.

Wyjątkowo ulgę sprawiają okłady lodowe. Niewątpliwie najlepiej działa morfina, usuwając bolesny skurcz przewodów żółciowych, w których uwiązł kamyk żółciowy. Łagodząc straszne bole, ułatwiamy zarazem posuwanie się kamyka. Nieraz należy powtórzyć wstrzyknięcie morfiny, a nawet i po raz trzeci je wykonać w ciągu dni kilku, lub i wcześniej, gdy kamyk na nowo uwięźnie. Prócz działania morfiny objawowego mamy tu wybitne działanie lecznicze na samą kolkę żółciową. Podrzędną wartość mają inne środki, jak wilcza jagoda, którą gorąco poleca Sticker: *(Rp. infus. fol. belladonnae 0·5—1·50:150. D. S.* Co godz. łyżkę stołową w początkach). Lek należy natychmiast odstawić, skoro tylko zjawią się pierwsze zwiastunowe objawy zatrucia. Autor ten upatruje w wilczej jagodzie, oprócz porażenia zwieraczy, jeszcze działanie pobudzające na mięśnie *(detrusor)* pęcherzyka żółciowego, — zwłaszcza w przypadkach lżejszych i przewlekających się. Tenże lek można podać w proszkach *(extr. belladonnae 0·02—0·03)*, albo w postaci, zalecanej przez Leichtensterna: *Rp. extr. belladonnae 1·0, aqu. amygdal. amarar. ad 10·0. M. D. S.* Zakłóciwszy, zażywać co godzinę po dziesięć kropel; (gram tego rozczynu zawiera średnio trzydzieści kropel; 10 kropel zaś zawiera 0·033 *extr. belladonnae*). Autor zwraca uwagę na nadzwyczajną łatwość zatrucia, na konieczność bezustannego dozoru i na niepewność działania! Również i chloroform, podawany wewnętrznie, kroplami, nie uzyskał rozleglejszego zastosowania. Wdychiwania (po kilka kropel) chloroformu, a przedewszystkiem eteru, aż do wystąpienia lekkiego uśpienia mogłyby być usprawiedliwione w tych przypadkach, gdzie przetwory makowca były bezskuteczne, a gwałtowne bole prawie w szał wprawiały chorych. Polecenia godnym jest przepis: *Rp. Alcoholis 4, chlorof. 8, aetheris sulf. 12, M. D. S.* Po 10—20 kropel do wdychiwań na chustce.

Antypiryna, fenacetyna, salicylan sodowy, łagodzą czasem bole. Szczegól-

nie salicylan sodowy, stosowany w początkach napadu, w dawce większej (2—3 gm naraz) łagodzi dolegliwości w znacznym stopniu.

W przypadkach przewlekających się stosujemy czasem miejscowe upusty krwi w postaci przystawienia kilku pijawek, po czem ulgę widziałem nieraz, chociaż pamiętać trzeba, że przy żółtaczce istnieje czasem skaza krwotoczna i wielka trudność tamowania krwawienia. Upusty krwi ogólne zapomocą nacięcia żyły nie są usprawiedliwione.

U ludzi starszych lub osłabionych pojawia się nieraz równocześnie z napadem kolki znaczny zapad *(collapsus)*, który wyjątkowo bywał przyczyną zejścia śmiertelnego. Leki podniecające: kamfora, eter, szampan itp. są wtedy wskazane. Nie należy wszakże zapominać, że zapad, jako objaw odruchowy uwięźnięcia kamyka, ustąpi rychlej przy pomocy morfiny, niż przy stosowaniu leków podniecających i w całej osnowie zgodzić się należy na zasadę Leichtensterna: że zapad przy równocześnie istniejących gwałtownych bolach nie może być przeszkodą w wstrzyknięciu odpowiedniej ilości morfiny. Zdanie to ma wielkie dla lekarza znaczenie. O stosowaniu oliwy w napadzie i później, o leku Duranda mowa poniżej.

Po ustąpieniu napadu, skoro tylko chory nieco nabrał sił, należy przejść do leczenia choroby samej. Gdyby wszakże objawy całkowicie nie ustąpiły, bolesność, jakkolwiek nieznaczna, przecież jeszcze choremu dolegała, pęcherzyk żółciowy nie zmniejszał się, gdyby wątroba nieco była jeszcze obrzękła, język obłożony, trawienie upośledzone, wtedy najlepsze osiągamy wyniki, zalecając zmodyfikowane leczenie wodą karlsbadzką według Naunyna: Przez 3—4 tygodnie ma chory okładać okolicę wątroby gorącymi okładami (kataplazmami) z mąki lnianej, dwa razy dziennie po 3 godziny. Podczas pierwszych godzin (okładów) ma chory pić co 10—15 minut, nieco (100 gm) gorącej wody karlsbadzkiej łykami; wszystkiego 6—8 szklanek. Gdyby taka ilość wody dla chorego była za wielką, należy ilość (albo i wielkość) szklanek zmniejszyć. Posiłek ma chory spożywać rano o godz. $7^1/_2$, w południe o 1-szej i wieczorem o 7-mej (lub też i o 10-tej i o 4-tej). Schemat ten oczywiście można zmieniać stosownie do przypadku. Z własnego doświadczenia mogę w tym razie najzupełniej potwierdzić korzystne wyniki systematycznego stosowania gorących okładów tygodniami, obok równoczesnego picia gorącej wody karlsbadzkiej, której niewątpliwie korzystne działanie na obieg krwi w wątrobie potęguje się okładami, kataplazmami lub termoforem.

b) Leczenie właściwe prawidłowej kamicy żółciowej. Zważywszy, że kamyk żółciowy jest tylko wytworem choroby, a nie chorobą samą, nabierzemy przekonania, że chcąc leczyć doszczętnie, musimy uwzględnić tu dwa wskazania: 1) powstrzymać wytwarzanie się kamyków żółciowych; 2) wytworzone kamyki starać się, jeżeli to możliwe, rozpuścić, »skruszyć« i wydzielić. Wiele zabiegów leczniczych czyni poniekąd zadość obu wskazaniom.

ad 1). Widzieliśmy, że głównymi czynnikami bywają zastoiny żółciowe, nieżyty żołądka i dwunastnicy i zakażenie dróg żółciowych. Ideałem byłoby usunięcie wszystkiego, co podtrzymuje lub wznieca nieżyty żołądkowodwunastnicze, wogóle nieżyty przewodu pokarmowego i utrzymywanie prądu żółci w stanie, zbliżonym do prawidłowego. Zapobiegawczo tedy należy unikać obcisłych ubrań, sznurówek, pasów itp. szczególnie u kobiet, u których ukazały się objawy kamicy. Takim kobietom polecamy noszenie sukien na szelkach. Utrudnienie ruchów przepony, tak ważnych w mechanizmie wydalania żółci

z przewodów żółciowych, bezpośredni ucisk na szyjkę pęcherzyka żółciowego i jego przewód itd., są to znane następstwa ściskania się w pasie, dlatego polecamy również i rozluźnienie ubrania po spożyciu obfitych posiłków. Z drugiej strony należy ćwiczeniami gimnastycznemi, oględnie przeprowadzonemi, jak niemniej należycie wykonanem miesieniem brzucha działać na odpływ żółci. Należą tu metodyczne wdechy i wydechy, systematyczna gimnastyka oddechowa, zginanie tułowia, zginanie wydatne ud w stawach biodrowych w pozycyi leżącej itd., w odpowiednich przypadkach także pływanie i wiosłowanie. Do tejże gromady zabiegów należą również kąpiele rzeczne i morskie, wycieczki w góry, przechadzki systematyczne i jeżdżenie na kole. Że ruchy te korzystnie działają nietylko na wydalanie żółci, ale i na czynność jelit, jest rzeczą jasną. Toż i wszelkie czynniki, dodatnio działające na czynność jelit, mają tutaj pierwszorzędne znaczenie. Pomijając tedy odpowiednie żywienie się chorych, zalecamy systematyczne picie wód glauberskich. Sprawiają one nietylko regularniejsze stolce, ale w znacznym stopniu poprawiają i krążenie krwi w trzewach brzusznych, czasem korzystnie działają na sprawy nieżytowe. Światową sławą cieszą się ciepłe wody karlsbadzkie, uważane niemal za swoiste w kamicy, również i ciepłe zdroje Vichy, nieco łagodniejsze, bywają tu stosowane. O tem, żeby wody te rozpuszczały kamienie, i mowy niema. Kamyki opuszczają ustrój, jeżeli to możliwe, drogami naturalnemi; częściej może, niż przy innem leczeniu, choroba przechodzi w pożądany okres utajenia; pomimo to wszystko, na krociach chorych stwierdzamy pomyślny wynik, lub — ściślej — pomyślny zwrot w chorobie. Pomyślny wpływ leczenia karlsbadzkiego można tłómaczyć jedynie znakomitem polepszeniem stosunków krążenia krwi w wątrobie. Jeżeli zaparcie stolca znaczne, uciekamy się do systematycznego stosowania leków aptecznych, w postaci pigułek aloesowych, lub lepiej podofiliny z wilczą jagodą (przepis na str. 157), które działają zarazem, jako leki żółciopędne. Przestrzegać jednak należy przed zbyt silnemi dawkami. Ciąża stanowczo źle wpływa na kamicę. Kobietom, dotkniętym kamicą żółciową, należy odradzać ciążę. Czynnikiem zapobiegawczym i leczniczym wagi pierwszorzędnej jest u chorych na kamicę żółciową dyeta. U nich i u ludzi, u których tylko przypuszczamy kamicę żółciową, musi być dyeta nader dokładnie przepisaną. Zasadą ma być, — ze względu na obfitsze wytwarzanie się i wydzielanie żółci —, posiłek częsty, średnio co trzy godziny, lecz nie zbyt obfity. Zauważyć wypada, że możemy zwiększać odpływ żółci tylko do pewnego stopnia; a już całkiem niestosowną jest rzeczą dla »zasady« podawać choremu posiłek także i w nocy! Co najwyżej zezwolimy w nocy choremu na małą ilość mleka, sucharek lub tp. Podawanie posiłku w nocy ma być poniekąd usprawiedliwionem tą okolicznością, że napady kolki częściej się zdarzają w nocy. Przyczyną tego objawu ma być zmniejszenie się prądu żółci ku dwunastnicy (nie drażnionej w nocy pokarmami). Dla utrzymania tedy tego prądu radzą (Kehr) nocny posiłek. Śniadanie pierwsze może być obfitsze ze względu na znaczną przerwę od ostatniego posiłku. Powtóre inną będzie dyeta u chorych, którzy przebyli jeden lub kilka napadów kolki żółciowej i nie mają żółtaczki, a inną u tych, u których rozwinęło się trwałe zamknięcie dróg żółciowych, żółtaczka lub objawy zapalne, albo zakaźne, gorączkowe. Takim chorym zalecimy dyetę, podobną do dyety w żółtaczce nieżytowej, z temi zmianami, których właśnie potrzeba.

U chorych na kamicę bez żółtaczki, gdzie odpływ żółci jest swobodny, musimy na czele postawić zasadę, kilkakroć już wspomnianą, że najlepszym jest pokarm mieszany; pokarm taki najbardziej chroni od wytwarzania

się nowych złogów, a w znacznym stopniu ułatwi wydalenie istniejących już kamyków. Zasadniczo jednak zakazane są tłuszcze, silne korzenie, słodycze, ocet, leguminy tłuste, owoce surowe, ser, ziemniaki. Co do pokarmów mięsnych, to niektórzy wybitni lekarze wprost zabraniają mięsa i zalecają pokarm roślinny, »jarski«, inni zaś tylko ograniczają pokarmy mięsne do małych ilości mięsa dobrze wypieczonego. Większość zakazuje, napojów wyskokowych, ryb, raków, serów starszych, a pozwala spożywać świeży ser, mleko świeże, jarzyny i owoce.

Osobiście na podstawie długoletniego doświadczenia poleciłbym dyetę mniejwięcej następującą, z tym dodatkiem, że zalecam chorym często w ciągu dnia popijać nieco dobrej wody źródlanej lub »alkalicznej« lub normalnej Nr. II, VI, VIII. W godzinę po wypiciu wody mineralnej:

Śniadanie: filiżanka herbaty słabej, herbaty z mlekiem, »ukropek« (kilka łyżek mleka i nieco więcej wody gorącej), mało cukru, sucharki.

2-gie śniadanie: 1—2 jaja na miękko; 1—2 płatków zimnej pieczeni cielęcej; kaszka, kleik, (woda alkaliczna lub normalna lub woda źródlana, jeżeli jest pragnienie).

Obiad: świeżo zgotowana ryba (szczupak), (łosoś. karp, węgorz wzbronione). Sztuka mięsa, kura z rosołu, pieczeń cielęca, kurczę pieczone; gołąbek, jarzyna świeża, jako purée; pieczone jabłka, gruszki bez cukru; śliwki suszone gotowane. Jako napój woda; wyjątkowo mała szklanka piwa lub lekkiego wina czerwonego ze znaczną ilością wody; w danym razie woda „alkaliczna" lub normalna lub dobra woda źródlana.

Podwieczorek: słaba herbata, sucharek.

Wieczerza: 1—2 jaja, jak rano, albo mleko lub mięsiwa, jak na obiad, zimne, lecz w mniejszej ilości. Zakazuję zazwyczaj wędlin; napoje wyskokowe wprawdzie nie sprzyjają wprost kamicy, jednak ze względu na stan błony śluzowej przewodu pokarmowego, a wreszcie ze względu na zupełną ich zbędność, nie nadają się, jako stały składnik dyety chorych. Zasadniczo zabraniam systematycznego ich używania, przygodne zaś, wyjątkowe, w nieznacznej ilości, może być dozwolone. Chorym, nie znoszącym mięsa, lub bardzo wyniszczonym, można podawać więcej jaj, nieco masła świeżego, chleba.

Jakkolwiek stanowczo twierdzić można, że dyeta pożywna i obfita, nawet nadmiernie obfita, nie sprzyja powstawaniu kamicy — w przeciwnym bowiem razie mężczyźni powinniby częściej zapadać na kamicę, to przecież chorzy, dotknięci kamicą żółciową, powinni zazwyczaj skrupulatnie unikać wszelkiego »przejadania się«, wystrzegać się wszelkich błędów dyetetycznych, sprowadzających nieraz wprost świeży napad, albo przynajmniej nieżyt jelit z następowem zakażeniem dróg żółciowych.

Dodatkowo wspominam o próbach stosowania całymi tygodniami małych, często powtarzanych dawek mleka przy bezwzględnym spokoju w łóżku (*„Ruhekur"*). Ma się przez to uzyskać zamiast okresowego, ciągły odpływ żółci. Wyniki mają być bardzo dobre. Nie uzyskano wprawdzie wyleczenia, ale napady i wszelkie dolegliwości ustąpiły. Chorzy stali się, jak Francuzi mówią, *„lithiasiques latents"* (chorymi na utajoną kamicę). Widocznie jest to odmiana wyłącznej dyety mlecznej, znanej i stosowanej w przypadkach nieregularnej kamicy, przewlekających się bolów itd. Leczenie to gorąco poleca Rejchman z Warszawy. Tam, gdzie mogłem przeprowadzić wyłączne leczenie mlekiem obok bezwzględnego spokoju w łóżku, rzeczywiście wyniki były zadowalniające i tylko potwierdzić mogę zalety tego sposobu leczenia.

Pamiętać trzeba, że sposób żywienia się nawet najracyonalniejszy, musi być zastosowany zawsze do osobniczych właściwości chorego. Ta dyeta, która w pewnym przypadku najbardziej choremu odpowiada, która najłatwiej uchroni go od zaburzeń trawienia, będzie najlepszą, chociażby nie całkiem ściśle odpowiadała wywodom teoretycznym. Niektórzy lekarze upatrują skutki ochronne,

zapobiegające tworzeniu się kamyków, w dłuższem używaniu kwasu salicylowego (po 0·50, trzy razy dziennie w opłatku). Eichhorst zaleca ten przetwór, pomimo to naśladowców nie znalazł.

ad 2). Nie będziemy się kusili o rozpuszczenie wielkich kamieni, dających się wymacać w pęcherzyku, tem bardziej, że wogóle nie znamy środków, któreby rozpuszczały lub kruszyły kamyki, nawet małe, u chorych na kamicę żółciową, jakkolwiek stwierdzono nieraz niewątpliwy rozpad kamyków, ślady powierzchownego nadżarcia itp. Wiemy tylko tyle, że żółć jest dobrym rozczynnikiem kamyków cholestearynowych, w znacznie mniejszym stopniu rozpuszcza kamyki z otoczką wapienną. Szczegół, że kamyki rozpuszczają się w płynach alkalicznych, znano już przed przeszło 100 laty i na tej podstawie zalecono używanie wód alkalicznych. Otóż tysiąckrotne doświadczenie pouczyło nas, że stosowanie wód alkalicznych miewa dobre wyniki. Świetnych wyników leczenia w Karlsbadzie nie można zaprzeczyć, pomimo, że ściśle naukowych wytłómaczeń nie mamy. Leczenie, jak z natury sprawy chorobowej wynika, należy przez szereg lat powtarzać. Chorym polecamy zawsze, by co roku oprócz leczenia w samem zdrojowisku, działającem bez porównania najlepiej, jeszcze i w domu raz, w przypadkach cięższych i dwa razy przez 4 tygodnie, leczenie powtórzyli. (Używamy zdroju Mühlbrunn o ciepłocie 40⁰—50⁰ C, o czem już przy żółtaczce nieżytowej była mowa). Ubogim chorym zalecamy używanie soli karlsbadzkiej. U osób wrażliwych wystarczy rano na czczo 5 gm soli rozpuszczonej w $^1/_2$ l ciepłej wody. Ilość tę należy wypić w 2 częściach, w odstępie pół godziny. Ruch lub przechadzkę po wypiciu wody bardzo się zaleca. W godzinę po wodzie, śniadanie. U chorych mniej wrażliwych, zwłaszcza cierpiących na silne zaparcie stolca, zalecimy 10 gm soli na jeden litr ciepłej wody, wypitej na 2 razy. Głównym czynnikiem działającym jest tu niewątpliwie obfita ilość ciepłej wody, wprowadzonej do ustroju, dlatego też polecamy chorym picie znacznej ilości tych wód, o ile oczywiście stan ogólny, stan żołądka, serca i nerek nie stoją na zawadzie. Do rzędu wód, z wybornym skutkiem stosowanych w kamicy, należą również ciepłe, obficie dwuwęglan sodowy zawierające wody: Vichy *Celestins*, *Hôpital*, *Grande Grille*, stosowane w ten sam sposób, jak karlsbadzkie. Mniej są używane wody Ems Kesselbrunnen (47⁰ C); Neuenahr (40⁰ C), Wiesbaden, i zimne Maryenbad, Tarasp, Kissingen, Homburg, zdroje słone i glauberskie.

Ze środków, używanych jeszcze w kamicy, a mających wrzekomo rozpuszczać kamyki, mają niektóre pewien rozgłos. O środkach tych przypuszczamy również, że zwiększając wydzielanie się żółci, podniecają przez to ruch robaczkowy i ułatwiają odejście kamyków. Tu należą: mieszanina Duranda (z r. 1774), pierwotnie z równych części eteru i terpentyny złożona, podawana 3—4 razy dziennie po 20—30 kropel, uległa licznym modyfikacyom. — Najczęściej używana, zawierała na 3—5 cz. eteru 1 część terpentyny. Krople te (i w kapsułkach żelatynowych) zalecane bywają i w samym napadzie kolki, jak również i po jej ustąpieniu. *Rp. Ol. terebinthinae 5·0, aetheris sulfurici 20·0. M. D. S.* 4 razy dziennie zażyć po 20 kropel.

Często bywa stosowaną mieszanka z dodatkiem 20—30 gm koniaku i 2 żółtek; z tego dziennie 3 razy 15—60 kropel. Duparcque zalecił 1 cz. eteru na 60·0 ol. rącznikowego i wychwala działanie uspokajające w napadzie kolki. Czas jakiś miał rozgłos olejek muszkatołowy, według przepisu: *Rp. Ol. macidis 2·0, spir. aetheris 25·0. D. S.* co dwie godziny po 12—20 kropel zażywać.

Z własnego doświadczenia nie widziałem ani razu wybitniejszego działania po mieszance Duranda, a w kolce żółciowej żadnej ulgi.

Oliwę na nowo wprowadził w r. 1880 Kamedy w poczet leków przeciw kamicy. Był to ludowy środek na kolkę żółciową, używany w Ameryce. W Niemczech

stosowanie oliwy szybko się rozpowszechniło (Rosenberg). Zdania, tyczące się skuteczności oliwy, są podzielone i sprzeczne. Jeżeli wogóle działa, to raczej działa więcej jako czynnik pośrednio mechaniczny, uruchomiający kamienie żółciowe. Najczęściej zalecany przepis brzmi: *Rp. Ol. olivar optim. 200·0, Cognaci 20·0, Mentholi 0·20, Vitelli ovor. Nr. II, M. exactissime; S.* W ciągu godziny wyżyć w 2 odstępach. Po wypicin należy usta wypłukać wódką, rumem, wytrzeć plasterkami cytryny, nalewką pomarańczową lub t. p., by resztki oliwy i wstrętny smak usunąć. Niektórzy lekarze podawali rano 90 gm, a później co 3 godziny po stołowej łyżce oliwy i zalecali choremu ułożenie się na bok prawy. Oliwę podawać można codzień, albo co drugi dzień przez czas dłuższy, przez dni kilkanaście, jeżeli chory zgodzi się na to bardzo przykre leczenie. Czy oliwa działa korzystnie w sposób podobny, jak środki czyszczące lub wymiotne, czy też w sposób swoisty, rzeczą niezaprzeczoną jest. że czasem widzimy pomyślne skutki, nieraz i w napadzie kolki żółciowej. Osobiście mogę polecić stosowanie oliwy na podstawie własnego doświadczenia. Czasem oliwa nieco ogrzana bywa dla chorych znośniejszą. Wymioty nie przeszkadzają, gdyż drugiej dawki zazwyczaj chory nie zwymiotuje. Niepodobna wszakże podać wskazań szczegółowych. Nie należy zapominać, że przy tem leczeniu zjawiają się, jak się przekonałem, bardzo często w stolcu grudki, łudząco podobne do kamyków żółciowych, a złożone ze zmydlonego kwasu oleinowego. Z lekarzy polskich Rejchman chwali działanie oliwy. Niektórzy polecali lipaninę, słoninę i t. d.

Olej rącznikowy wewnętrznie, albo też lewatywy z oliwy (400—500 gm) letniej, 30° C, początkowo co dzień, po 1—2 tygodniach co drugi dzień, wreszcie co trzeci dzień, stosowano z dobrym rzekomo wynikiem. Również zalecano w przypadkach kamicy bez żółtaczki codziennie po 20 gm masła na bułce. Wreszcie podawano i glicerynę 15—20—30 gm, z dodatkiem soku cytrynowego, albo w wodzie Vichy, w przypadkach uwięźnięcia kamyka w przewodzie wątrobnym albo żółciowym wspólnym, ze skutkiem jednak wątpliwym. Podczas napadu kolki podawano 20—30 gm gliceryny z 25 30 gm wody chloroformowej, po napadzie zaś dziennie 15—20 gm gliceryny w wodzie Vichy.

W przekonaniu, że obfite wydzielanie się żółci i silny jej prąd sprzyjają wydalaniu kamyków drogami naturalnemi, stosowano też najrozmaitsze leki żółciopędne *(cholagoga)*. Z wyjątkiem żółci i jej soli, salicylanów, wód mineralnych, podofiliny, terpentyny, kilku innych leków, zawiodła przeważna część.

Poniżej podajemy przepisy niektórych przetworów, cieszących się pewną, dość skromną wziętością.

Rp. Fel. depurati
Plvs. r. rhei ää 10 0
Succ. et plvs. liquir. ää.
q. s. f. l. a. pil. Nr. 50.
D. S. 3 razy dziennie używać po 5 pigułek.

Rp. Eunatroli 8,
Terr. silic.
Glycerini q. s.
ut. f. l. a. pil. Nr. 40.
3—6 pig. dziennie.

Rp. Natrii choleinici 4·0.
Plvs. et extr. rhei q. s.
ut. f. l. a. pil. Nr. 40.
Consperge.
D. S. 3 razy dziennie zażywać po 1—2 pigułek.

Na zakończenie tego spisu dodaję, że zalecano również i chloroform wewnętrznie, jako lek, rozpuszczający kamyki żółciowe, po dziesięć kropel 4—6 razy dziennie.

Jak z przeglądu zaleconych środków widać, posiadają one oprócz własności zapobiegawczych, własności żółciopędne. Wobec tego nie jest rzeczą niemożliwą, że środki te i zabiegi lecznicze sprowadzić mogłyby czasem i napad kolki żółciowej. Przypuszczenie to ma pewną rzeczywistą podstawę, gdy sobie przypomnimy, że niejeden chory podczas leczenia zdrojowego w Karlsbadzie zapada na nowo na kolkę żółciową, której może już oddawna nie doznawał. Otóż niestety dokładnych wskazówek nawet wieloletnie doświadczenie lekarskie nie daje; postępowanie w każdym poszczególnym przypadku może być odmiennem. Po całkowitem ustąpieniu bolów, gdy minęło już kilka dni spokojnie, zalecimy przestrzeganie spokoju jeszcze czas dłuższy. W tym okresie stosowne są małe dawki wody karlsbadzkiej lub Vichy, albo też podawanie salicylanów. Gdy chory już może się

przechadzać, a od napadu minął czas dłuższy, albo gdy sprawa się przeciąga, albo nawet i bole jeszcze, acz w znacznie mniejszym stopniu się zjawiają, żółtaczka nie ustępuje, wtedy rozpoczynamy systematyczne picie większych ilości wód karlsbadzkich przez cztery do sześciu tygodni, wyjątkowo nawet i miesiącami. Równocześnie zalecamy regularne obfite lawatywy ($1^1/_2$—2 litr.), jako zabieg, znakomicie wspierający działanie wody karlsbadzkiej.

Gdyby bole były dokuczliwe, odraczamy na później systematyczne leczenie karlsbadzkie większemi dawkami, a stosujemy oliwę, eunatrol i t. d. Oliwa szczególnie wtedy zdaje się być odpowiednią, gdy stwierdzimy ciągle na nowo zjawiające się przeszkody lub uwięźnięcia kamyka w przewodzie żółciowym wspólnym.

W kamicy nieprawidłowej, »powikłanej«, obok ogólnych zasad leczenia wyłaniają się nowe wskazania, zależne od poszczególnych powikłań. I tak przy trwałem zamknięciu przewodu wspólnego z żółtaczką, ciągnącą się miesiącami lub latami, ma najważniejsze znaczenie odpowiednie żywienie. Jeżeli pomimo wlewań, miesienia, kalomelu (0·2, 3 razy dziennie przez kilka dni celem zwiększenia dyurezy), jeżeli pomimo dyuretyny, picia wód mineralnych, leczenia w Karlsbadzie, stan chorych coraz bardziej się pogarsza, jeżeli i leczenie »spokojem« *(Ruhekur)* zawodzi, wtedy chyba zabieg chirurgiczny jeszcze uratować może chorego. W ropnem zapaleniu dróg żółciowych należy środkami przeczyszczającymi starać się usunąć źródła ciągłych zakażeń, podawać wewnętrznie salicylan sodowy (4 razy dziennie po 1 gm), stosować lód na okolicę wątroby, później przejść do okładów ciepłych, wreszcie przeprowadzić leczenie karlsbadzkie. Tego rodzaju przypadki nadają się jednak również i do leczenia chirurgicznego celem otwarcia dróg żółciowych i utworzenia przetoki.

W niedrożności z kamicy żółciowej leczenie makowcem daje nieraz wyniki świetne, gdyż często idzie o usunięcie skurczu okrężnego pewnych odcinków jelita (Naunyn podaje 50% wyleczenia). Podajemy odrazu 20 kropel *trae opii simpl.*, potem co godzinę 5—10 kropel. Później stosujemy duże lawatywy. Jeżeli po 2 dniach stan się nie poprawia, wtedy zabieg chirurgiczny jest usprawiedliwiony.

Wskazania do zabiegów chirurgicznych, w ostatnich latach znakomicie udoskonalonych, mogą być tylko najściślej indywidualizowane. Ogólnych przepisów niema. — Operacya ma dwa zadania: 1) przywrócić swobodny odpływ żółci, 2) uchronić ustrój od groźnych powikłań.

Gwałtowne objawy zapalne mogą wyjątkowo usprawiedliwić zabieg chirurgiczny już w samym napadzie, chociaż jak słusznie powiedział Quincke, właśnie każdy napad kolki może już być ostatnim. Co do późniejszych okresów w kamicy nieprawidłowej zważyć musimy, że i szanse operacyi wskutek zrostów i wyniszczenia chorego są wątpliwe, powtóre doświadczenie u łoża chorego poucza, że przeważna część przypadków pomimo ciężkiego nieraz przebiegu przecież kończy się pomyślnie, może nie wyleczeniem, odejściem kamyków, ale przynajmniej znośnym stanem chorego („kamicą utajoną“), a wreszcie, co jest rzeczą najważniejszą, że i operacya nie zapewnia bezwzględnego wyleczenia choroby, zdarzają się bowiem przypadki, w których pomimo operacyi dolegliwości dalej trwają, a nawet nowe kamienie odchodzą. W końcu może najprzykrzejszą stroną jest ta okoliczność, że w wielu przypadkach dopiero po otwarciu jamy brzusznej poznajemy powikłania, których poprzednio nie przypuszczaliśmy. Najbardziej nadają się do operacyi te przypadki, w których ciągle powtarzające się napady kolki żółciowej pomimo kilkakrotnie po-

wtarzanego, systematycznego leczenia karlsbadzkiego i systematycznego leczenia „spokojem“ *(Ruhekur)*, wytwarzają u chorego ogólne wynędznienie, czyniąc mu życie wprost nieznośnem i podkopują zdrowie jeszcze bardziej przez częsty w tych razach morfinizm. Również i przypadki, w których wyraźne, duże kamyki w samym pęcherzyku żółciowym sprowadzają groźne objawy, nadają się do operacyi. O ropnem zapaleniu przewodów żółciowych *(cholangitis suppurativa)*, o zamknięciu przewodu żółciowego wspólnego, wspomnieliśmy powyżej.

Jak dziś rzeczy stoją, to przecież jeszcze nie możemy leczyć kamicy żółciowej doszczętnie, tylko objawowo i w każdym poszczególnym przypadku wtedy tylko zdecydujemy się na operacyę, jeżeli się przekonamy, że, — jak Naunyn powiada —, »choroba już nie okazuje dążności do stanu utajenia“, albo gdy występują objawy, które same przez się wymagają leczenia chirurgicznego: puchlina lub ropienie w pęcherzyku żółciowym.

Gilbert i Fournier streścili (na kongresie w Paryżu 1900) ogólne wskazania do zabiegów chirurgicznych w kamicy w następujących przypadkach: Żółtaczka kamicza przewlekła, puchlina i ropień pęcherzyka żółciowego, ropowica *(phlegmone biliaris)*, zapalenie ropne kołowątrobne, przebicie przewodów żółciowych i następne zapalenie otrzewnej, zapalenie przewodów śródwątrobnych *(angiocholitis intrahepatica)*, wreszcie ropnie wątroby i niedrożność jelit z kamicy żółciowej. Również *„etat de mal lithiasique“* (niejako „chera kamicza“) i przypadki z częstymi napadami, w których objawy sercowopłucne lub nerwowe zagrażają życiu. Czasem i względy rozpoznawcze lub objawy, zwiastujące „cherę żółciową“. nie pozwalają zwlekać z zabiegami chirurgicznymi. Z temi wskazaniami[1]) i najbardziej konserwatywny internista zgodzić się musi.

Nerwowa kolka wątrobna.

Colica nervosa hepatis. Neuralgia hepatis.

Ze względu na wielkie podobieństwo choroby tej do napadów prawdziwej kolki wątrobnej, omawiam ją tuż po kamicy żółciowej. Pojawianie się napadowych bolów w okolicy wątroby, — bez kamyków żółciowych —, nie ulega dziś wątpliwości. Napady powstają nagle, najczęściej u dziewcząt bledniczych, nerwowych, u histeryczek, z wielkiem nasileniem w prawem podżebrzu, wzmagają się za uciskiem, czasem rozpromieniają się na sąsiedztwo. Bole trwają $^1/_2$ do 1 godziny, czasem i dzień cały. Chorzy, częściej chore, okazują znaczne osłabienie ogólne, czasem zapad, tętno małe, czasem niemiarowe. Znamiennym jest brak żółtaczki, również niema dreszczów, ani gorączki. Często zjawiają się wymioty podczas napadu, również wykryć można i punkty bolesne w okolicy jajników, macicy, splotu trzewnego *(pl. coeliacus)*. Czasem zauważano pewien tor, pewną okresowość w napadach, albo też stwierdzano, że napady pojawiają się podczas miesiączki; czasem silne wzruszenia sprowadzały napad. Zdaje się, że przyczyną jest tutaj podrażnienie splotu wątrobnego, towarzyszącego tętnicy wątrobnej. Być może, że czasem tłem choroby są kurcze dróg żółciowych, lub zboczenia naczynioruchowe w zakresie tętnicy wątrobnej.

Rozpoznanie opiera się: na usposobieniu nerwowem osobnika, na etyologii, na braku żółtaczki, braku obrzęku wątroby, okresowości napadów. Ostatecznie i brak kamyków w stolcu może rozpoznanie poprzeć. Również i dalszy przebieg: brak następujących zmian zapalnych wskazuje na nerwową przyrodę napadów. Rozpoznawać nerwową kolkę należy jednak zawsze bardzo ostrożnie.

---

[1]) Prawie te same poglądy wypowiedział w swym wykładzie w tow. med. wewn. w Berlinie Körte, w Styczniu 1903.

Leczenie ma za zadanie: usunąć przyczynę (niedokrwistość, histerye, zaburzenia w przewodzie pokarmowym), a w napadzie samym stosować: antinervina, antihysterica *(validol)*, rzadziej narkotyki; szczególnie miesienie okolicy wątroby, wodoleczenie, leczenie klimatyczne, dobre dają wyniki.

Zwyrodnienia, nowotwory i pasorzyty wątroby.

Stłuszczenie wątroby.

Nowsze badania dowiodły, że dawniejszy podział na naciek tłuszczowy i zwyrodnienia tłuszczowe *(infiltratio et degeneratio)* nie da się ściśle przeprowadzić. Prawidłowo zawiera wątroba najwyżej do 5% tłuszczu, w stanach chorobowych wzrasta ilość ta do 40%. Nadmierne nagromadzenie tłuszczu pochodzić może z nadmiernego jego dowozu z pokarmami tłuszczowymi lub z węglowodanami, albo też z głębokich zaburzeń w przemianie materyi. Stłuszczenie wątroby spotykamy w najróżnorodniejszych, na pozór sprzecznych stanach, w ogólnej otyłości i w gruźlicy, w charłactwie rakowem, w niedokrwistości i w przewlekłem zatruciu wyskokowem, w najróżnorodniejszych zatruciach (arszenik, fosfor i t. d.), wreszcie we wszystkich prawie groźnych chorobach zakaźnych, w ropnicy, posocznicy.

Ze stanowiska klinicznego rozróżnić przecież należałoby przypadki chorobowego nagromadzenia się tłuszczu w wątrobie bez zwyrodnienia miąższu, a więc i bez zaburzeń w czynnościach komórek wątrobnych, gdzie brak objawów klinicznych, od przypadków z wybitnemi zmianami w komórkach, t. j. w protoplazmie, w jądrze, z następową niedostateczną czynnością wątroby.

Objawy. Wskutek miękkości wątroby trudno ją wymacać pomimo znacznego powiększenia; jedynie u chorych na gruźlicę lub na raka, więc wychudłych, można dokładnie wymacać brzeg wątroby, a czasem nawet już wzrokiem stwierdzić jej powiększenie.

Miękkością swoją różni się wątroba stłuszczona od zwyrodniałej skrobiowato; obrysy pozostają niezmienione, powierzchnia i brzegi gładkie. Powiększenie stwierdzić można nieraz tylko opukiwaniem (stłumienie zazwyczaj ku dołowi wysunięte). Bolesności brak, wogóle rzadko który z chorych uskarża się na jakieś dolegliwości, jeżeli niema powikłań, a raczej następstw choroby głównej. Stolce bywają wyjątkowo gliniaste wskutek znacznego zmniejszenia się produkcyi żółci. Przebieg zależy przedewszystkiem od choroby pierwotnej.

Rozpoznanie wtedy jest możliwe, gdy wątroba jest znacznie powiększona. Miękkością swoją odróżnia się od zbitej zastoinowej, skrobiawiczej i białaczkowej wątroby. Również brak zastoin w zakresie żyły wrotnej, zachowana postać, wykazanie chorób sprowadzających stłuszczenie wątroby, ułatwią rozpoznanie. Tylko jeżeli równocześnie istnieje marskość wątroby, bywa wątroba twardszą, mniej gładką, przyczem stwierdzić można równocześnie objawy zastoinowe.

Rokowanie i leczenie zależy od pierwotnego cierpienia. Nawiasem wspominam, że u chorych na gruźlicę należy w takich przypadkach ograniczyć dowóz tłuszczów, tranu i t. d. W każdym przypadku dyeta, to jest unormowanie dowozu tłuszczów, wyskoku, węglowodanów jest pierwszorzędnej wagi.

Skrobiawica wątroby.

Degeneratio amyloidea.

Anatomia patologiczna. W niektórych stanach chorobowych gromadzi się w licznych narządach ustroju nadmierna ilość istoty, zwanej skrobiowatą (*amyloid*),

będącej właściwie związkiem chemicznym kwasu chondroitynosiarkowego z białkiem.

Wątroba skrobiowata bywa powiększona, twarda, jakby »zmarznięta«. Powierzchnia gładka, również i przekrój gładki o wejrzeniu woskowatem. Wystąpienie zabarwienia brunatnego pod wpływem jodu (rozczynu Lugola) cechuje skrobiawicę. W preparatach drobnowidowych istota skrobiowata, przeświecająca, błyszcząca, barwi się również jodem na brunatno, jod i kwas siarkowy barwią ją na niebiesko, fiolet metylowy na czerwono.

Etyologia. Skrobiawica wątroby bywa zazwyczaj częściowym objawem ogólnej skrobiawicy, cechującej najrozmaitsze charłactwa, szczególniej występujące wskutek długiego ropienia lub kiły. Bardzo często zjawia się i w gruźlicy (50—67%), czasem w zimnicy i białaczce.

Objawów znamiennych niema. Jeżeli istnieją i etyologiczne podstawy, to powiększenie wątroby, nadzwyczajna twardość obok zachowania obrysów narządu, pozwalają domyśleć się skrobiawicy.

Rozpoznanie wtedy jest pewnem, jeżeli etyologia przemawia za niem, a jeżeli równocześnie istnieje skrobiawica nerek i śledziony (duża, twarda śledziona, biegunka wskutek skrobiawicy naczyń jelitowych, białkomocz).

Rokowanie w lżejszych przypadkach nie jest bezwzględnie niepomyślne. Zmiany niezbyt rozwinięte mogą ustąpić, jeżeli ustąpi przyczyna; w przypadkach ogólnej skrobiawicy rokujemy niepomyślnie, tem bardziej, że i leczenie, skierowane przeciw chorobie pierwotnej, zazwyczaj bywa bez skutku. Zapobiegawczo można niejedno uzyskać, lecząc wczesne okresy ropienia, gruźlicy i t. p. W charłactwach kiłowych i zimniczych polecano chininę, arszenik, jodek potasu, żelazo, tran, kąpiele solne.

Nowotwory wątroby.

Rak wątroby *(carcinoma hepatis)*. Mięsak wątroby *(sarcoma hepatis)*.

Rak pęcherzyka żółciowego *(carcinoma cystidis felleae)*.

Etyologia. Dawniej częściej rozpoznawano pierwotne raki wątroby, gdy badania pośmiertne bywały mniej dokładne, a największy guz rakowy uchodził za pierwotny; w rzeczywistości zaś zajmuje rak wątroby czwarte miejsce w rzędzie raków trzew brzusznych; według statystyki Leichtensterna z 10.000 chorych na raka 6% przypadków tyczy się wątroby. Często łączy się rak wątroby z rakiem pęcherzyka żółciowego i głównych przewodów; również rak pęcherzyka lub przewodów śródwątrobnych przechodzi na wątrobę. Znamienna jest okoliczność, że pierwotny rak wątroby częściej zjawia się u mężczyzn, a więc u płci, u której częstszą bywa marskość wątroby; u kobiet zaś rozwija się częściej rak przerzutowy po rakach narządów płciowych. W etyologii raka dróg żółciowych i pęcherzyka żółciowego ważne zajmuje miejsce kamica żółciowa. W 95% przypadków pierwotnego raka pęcherzyka żółciowego stwierdzono kamicę żółciową (Siegert), zaś w przypadkach raka przerzutowego wykazano tylko w 15%—16% kamyki żółciowe. Zdaje się, że rak jest następstwem działania kamyków żółciowych (drażnienia); odwrotny stosunek jest mniej prawdopodobnym.

Również ważnym jest szczegół, że pierwotny rak pęcherzyka żółciowego pojawia się w późniejszym wieku (około 60go roku życia), rak zaś pierwotny wątroby zdarza się nieraz już w bardzo młodym wieku; wiek średni wynosi 40 lat. Raki występują w wątrobie w 3 typach; wielki guz pierwotny w głębi wątroby, z drobnymi przerzutami, rozrzuconymi w miąższu; rak guzowaty, w którym poszczególne guzy okazują zagłębienia w środku wskutek rozmięknienia, obok częstej marskości wątroby; wreszcie postać rzadka, rozlane nacieki rakowe.

Mięsaki pierwotne wątroby są rzadkością, zdarzają się czasem u dzieci. Mięsaki barwikowe *(melanosarcomata)* naczyniówki oka i skóry wytwarzają często przerzuty w wątrobie. Sprawa gruczolaków wątrobnych *(adenoma hepatis, adenoid)* nie jest jasna. Swym szybkim rozrostem sprowadzają następstwa te same, co rak; w innych przypadkach przeistaczają się w utkanie rakowe *(adenocarcinoma)*; ich stosunek do raków ma znaczenie wyłącznie anatomiczne.

Przerzuty rakowe, nieraz w nadzwyczajnej liczbie w wątrobie występujące, odznaczają się olbrzymiem powiększeniem wątroby (do 8 kg), wielką skłonnością do rozpadu, — nieraz z wytworzeniem się jam *(carcinoma cysticum)*, z zagłębieniami nieckowatemi w środku guza. Pierwotny rak zazwyczaj miewa wtedy siedzibę w żołądku, przełyku lub w jelicie, trzustce, macicy, czasem w drogach żółciowych. Również mięsak przerzutowy (guzowaty, albo w postaci rozlanych nacieków) wywołuje olbrzymie powiększenie wątroby. Rzadko kiedy zostaje rak wątroby chorobą utajoną, chyba jeżeli guz jest mały.

Objawy nowotworów złośliwych wątroby, a w szczególności raka, zależą w znacznym stopniu od jakości i siedziby pierwotnego nowotworu i zawsze dzielą się na dwie gromady. Jedna gromada przypadłości zależy od nowotworu pierwotnego z jego objawami ogólnymi, a więc charłactwem i przerzutami w innych narządach, zaś grupę drugą tworzą objawy niejako miejscowe, pochodzące od nowotworu wątroby. Tu należą: 1) szybkie powiększenie się wątroby; czasem już wzrokiem rozpoznamy powiększenie. 2) Jeżeli guzy usadowiły się blizko powierzchni, to macając, czujemy guzy na wątrobie, w środku często znamiennie zagłębione. 3) Objawy uciskowe w zakresie rozgałęzień żyły głównej dolnej *(vena cava inf.)* i żyły wrotnej, również i objawy ucisku na przewody żółciowe. Objawy te uciskowe wywołują bardzo często puchlinę brzuszną (nieraz zaczopowanie żył), znaczne następowe rozszerzenie żył podskórnych ściany brzusznej, jak również i żółtaczkę, zazwyczaj trwałą. Oprócz tego zdarzają się przypadki rozsiania się po całej otrzewnej drobnych guzków nowotworowych *(carcinosis miliaris peritonaei)*, lub i większych licznych przerzutów, sprowadzających puchlinę brzuszną *(peritonitis carcinomatosa)*. Początek objawów stanowią ciężkie przypadłości żołądkowe, wstręt do pokarmów mięsnych, wymioty itp. Czasem brzękną gruczoły chłonne tuż ponad mostkowym końcem lewego obojczyka (gruczoł Virchowa).

Bole w prawem podbrzuszu, nieraz bardzo gwałtowne, są dość znamienne; często bole rozpromieniają się ku górze, ku barkowi prawemu. Upadek sił, pomimo nawet forsownego żywienia, bywa raptowny. Ziemista cera, żółtawa i bez żółtaczki, łupież charłaczy *(pityriasis tabescentium)*, skóra wiotka, dająca się ująć w duże fałdy, puchlina jam surowiczych i kończyn itd., cechują tych chorych.

Często zjawiają się przerzuty w opłucnej, w jamie brzusznej itd. Chorzy giną z wyniszczenia już w kilka miesięcy po stwierdzeniu rakowatego powiększenia wątroby. Mięsaki przebiegają podobnie. — Przy gruczolakach, wo-

góle przy nowotworach, którym towarzyszy marskość wątroby, przebieg bywa powolniejszy i trwa lata całe.

Rak pęcherzyka żółciowego, jak również rak głównych przewodów żółciowych, objawia się często w postaci guza, wymacalnego w okolicy pęcherzyka żółciowego. Wcześnie rozwija się ciężka żółtaczka z objawami żółcicy *(cholaemia)*, również szybko zjawia się puchlina brzuszna wskutek ucisku na żyłę wrotną. Przejście nowotworu w głąb miąższu wątroby wywołuje objawy, właściwe rakowi wątroby. Zaznaczyć trzeba, że raki przewodu żółciowego wspólnego *(duct. choledochus)* zazwyczaj rozwijają się wskutek kamicy *(lithogener Gallengangkrebs)*; nieznamy prawie innego początku.

Rokowanie jest złe, pomimo że zdarzają się (nader wyjątkowo) wypadki wyleczenia drogą operacyjną nowotworów, usadowionych na szypułkowych płatkach wątroby.

Rozpoznanie raka opiera się na poprzednio podanych objawach. Często stwierdzamy tylko nowotwór, nie mogąc określić jego rodzaju; pomyłki zdarzają się czasem ze skrobiawicą, bąblowcem lub ropniami, zamknięciem przewodów żółciowych wskutek kamyków żółciowych. W takich przypadkach wiek chorego, chera, brak zastoin żółciowych, kiły, ropienia, szybki wzrost guza bez chełbotania, przechyla rozpoznanie na stronę nowotworów. Zdarzały się pomyłki z grudami kału. Tylko zasadniczo stosowane, w każdym przypadku guzów brzusznych, dokładne przeczyszczenie uchroni od takiego błędu.

Ważne są: wiek chorego, usadowienie guzów, chełbotanie, nadzwyczajna twardość guza, wreszcie nakłucie próbne. Nie rzadko również zdarzają się pomyłki rozpoznawcze z nowotworami okrężnicy i sieci, z nowotworami odźwiernika, trzustki lub nerek. Wzgląd, że nowotwór wątroby zmienia swe położenie przy oddychaniu, wyjaśni rzecz. Najtrudniejsze bywają rozpoznania równoczesnych nowotworów w żołądku; wtedy od pomyłek prawie nie można się uchronić. Mięsaki po największej części bywają przerzutowe.

Nowotwory pęcherzyka żółciowego różnią się od kamicy pęcherzykowej przedewszystkiem nierówną, guzowatą powierzchnią, wiekiem chorego, przejściem sprawy nowotworowej na wątrobę, zajęciem rakowatem otrzewnej. Z innych objawów różniczkowych zasługują na uwagę, zwłaszcza, jeżeli rak zajmuje główne przewody żółciowe:

1) Żółtaczka (powstała z ucisku na przewody) i stolce bezżółciowe, cechują nowotwór. W żółtaczce wskutek kamicy nasilenie żółtaczki bywa zazwyczaj zmienne, toż samo i barwa stolców. Nowotwór zamyka trwale odpływ, zaś kamyk często tylko czasowo. 2) Guz, szybko rosnący, nie dający się ściśle odgraniczyć, również przemawia za rakiem. 3) Gorączka przemawia przeciw rakowi. 4) Chera, puchlina brzuszna nie są znakiem pewnym, lecz przechylają rozpoznanie ku nowotworowi. 5) Znamiennym dla raka (płuc, opłucnej, przełyku, otrzewnej) wątroby i pęcherzyka jest obrzęk gruczołu chłonnego poza przyczepem obojczykowym mięśnia mostkowoobojczykowosutkowego, obrzęk czasem znaczny, najczęściej po stronie lewej (t. zw. gruczoł Virchowa). Sąsiednie gruczoły nie bywają zajęte (Leichtenstern). Czy w przypadkach niejasnych prześwietlanie przyniesie korzyści, okażą liczniejsze badania.

Leczenie, pominąwszy owe białe kruki przypadków operacyjnych, może być tylko objawowe. Bole należy łagodzić narkotykami, najstosowniej wstrzykiwaniami podskórnemi morfiny; w lżejszych przypadkach gorącymi, czasem

zimnymi okładami. Brak łaknienia zwalczać należy kwasem solnym, pepsyną, papainą, przetworami kory chinowej lub kondurango.

Ważną również rzeczą jest uregulowanie stolca, przyczem wystrzegać się należy wód czyszczących, natomiast stosowniejsze są: rzewień, małe dawki naparów senesowych, w razie potrzeby lawatywy. Pożywienie powinno być szczegółowo dobierane. Mleko, w postaci zup mlecznych, kefiru, kwaśnego mleka, najlepiej służy tym chorym. Dobre oddają usługi galaretki z świeżo wyciśniętego soku mięsnego, codzień świeżo przyrządzane. Sok z $^1/_2$ kg polędwicy, zmieszany z żelatyną (pocięta mała tabliczka, rozpuszczona w paru łyżeczkach ciepłej wody), z dodatkiem łyżki soku cytrynowego, łyżki cukru miałkiego, łyżeczki rumu (lub odrobiny wanilii), zamrożone, dają wyśmienity pokarm. Przetwory peptonowe lub mięsne mniej się nadają. Oczywista, że i kąpiele w razie żółtaczki, przestrzeganie wogóle zasad higienicznodyetetycznych znaczną przyniosą chorym ulgę.

Z innych nowotworów wątroby (łagodnych) wymienić należy włókniaki i naczyniaki, torbiele limfatyczne i z nabłonkiem migawkowym, torbiele z rozszerzenia przewodów żółciowych powstałe, wreszcie torbielogruczolaki *(cystadenoma)*. Nakłucie próbne może rozstrzygnąć wątpliwości rozpoznawcze.

Ważne są również guzy białaczkowe, zdarzające się w białaczce, przyczem znacznie powiększają się gruczoły wnęki wątrobnej. Wątroba białaczkowa, co do kształtu mało co zmieniona, jest zazwyczaj znacznie powiększoną i waży nieraz do 7 kg wskutek nacieków białaczkowych. Żółtaczki niema. W białaczce wrzekomej rozwija się żółtaczka wskutek ucisku przewodu wspólnego przez gruczoły. Leczenie: żelazo, arsen i t. p.

Pasorzyty wątroby.

1) U ludzi spostrzegano w wątrobie kokcydya (w szczególności *coccidium oviforme)*, zagnieżdżone w licznych guzach, wielkości jaja, rozpadłych, częścią torbielowatych. Za życia nie było żółtaczki, a śmierć nastąpiła wśrod objawów gorączkowych, upadku sił, wymiotów i duszności. Zależność raka od podobnych pasorzytów (*coccidia, psorospermia*) jest bardzo wątpliwa.

2) Glisty (*ascaris lumbricoides)* często dostają się do dróg żółciowych z dwunastnicy. Rozwijają się w jelitach cienkich z jajek, wprowadzonych do ustroju per os. Przy sekcyach nieraz widzimy glisty w większych przewodach żółciowych wśródwątrobnych, są to wszakże często objawy pośmiertne. Tylko w tych przypadkach na pewno przyjąć należy bezpośredni związek przyczynowy żołtaczki z wydaloną w stolcu glistą, gdy glista jest zabarwioną żółtaczkowo na jednym końcu. Jasną jest rzeczą, że glisty nietylko mechanicznie zatykając przewody żółciowe, drażniąc ich błonę śluzową, sprowadzają zmiany chorobowe w wątrobie, ale także, jako przenośniki drobnoustrojów, stać się mogą przyczyną spraw zakaźnych. Zmiany następowe w wątrobie, zmiany ścian przewodów, stwierdzone w tych przypadkach, świadczą, że glisty dostały się w głąb wątroby za życia; opisano mianowicie zastoiny i rozszerzenie przy uwięźnięciu glisty w przewodzie głównym, rozdęcie pęcherzyka, gdy glista tkwi w przewodzie pęcherzykowym; sprawy ropne itd. w otoczeniu glist. Najczęściej ogon glisty zwrócony ku jelitu, głowa ku wątrobie. Objawów swoistych niema; najczęściej zdarzają się objawy gorączkowe, zakaźne, odpowiadające zapaleniu przewodów żółciowych. Leczenie apteczne jest bezskuteczne, jeżeli glisty już znajdują się w przewodach głównych, lub głębiej. Jedynie zabieg chirurgiczny z utorowaniem dostępu do dróg żółciowych mógłby mieć jakąś wartość. Środkami czerwiogubnymi i przeczyszczającymi można działać jedynie na glisty w jelicie, a przynajmniej choć częściowo w jelicie się znajdujące.

3) Motylice *(distoma hepaticum, lanceolatum, sinense, conjunctum, crassum, felineum.* »Leberegel«. *Douve. Liver fluke).*

Pasorzyt ten (z rodzaju smocznic, *trematodes)* listkowaty, długi 25—30 mm, a szeroki 8—12 mm, zjawia się przeważnie u bydła (u owiec). Do przewodu pokarmowego dostaje się po pewnych przeobrażeniach z paszą, a następnie wkracza do przewodów żółciowych. U ludzi stwierdzono go w tych przypadkach, w których używano do picia wody bagnistej, wody z moczarów. W niektórych okolicach Japonii 20% ludności wiejskiej dotknięte bywa motylicą (*distomum sinense*), gdyż ludność używa w gospodarstwie domowem wody brudnej z kałuży i rowów. W Syberyi motylica ma być częstą *(distoma sibiricum)* i ma być identyczną z *„distoma felineum“* stwierdzoną w Europie u kotów.

Anatomia patologiczna. Czasami motylica nie sprowadza żadnych następstw i stanowi przypadkowy dodatek do wyniku obdukcyi. W innych przypadkach mogą powstać następowe zapalenia ropne przewodów żółciowych z licznemi rozszerzeniami, nieraz torbielowatemi, zawierającemi nieraz setki motylic.

Objawy. W tych przypadkach, w których po śmierci stwierdzono motylicę, jako główną przyczynę choroby, przebieg przypominał ciężkie chery z niewyraźnemi przypadłościami żołądkowemi. Nieraz stwierdzano obrzęk wątroby, żółtaczkę, w innych przypadkach wymioty i biegunkę, znacznego stopnia niedokrwistość, puchlinę brzuszną, surowicze obrzęki podskórne. W niektórych przypadkach, szczęśliwie wyzdrowieniem zakończonych, widziano liczne motylice w krwawych stolcach lub wymiocinach krwawych.

Rozpoznanie opiera się na drobnowidowem wykryciu w stolcach jajek 0·13—0·14 mm długich, a 0·075—0·09 szerokich, o biegunie jednym spłaszczonym z »nakrywką«, a drugim ostrym. Jajka *„distomum lanceolatum“* są mniejsze, mają grubszą skorupę, na jednym końcu spłaszczone, na drugim guzkowate.

Leczenie. Wyciąg paprotki *(extr. filicis maris)*, olejek rącznikowy, wogóle leki czyszczące, wody mineralne przeczyszczające obok leków przeciwczerwiowych, były stosowane u chorych z motylicą. Skutek niepewny. Teoretycznie zdawałby się i zabieg operacyjny wskazany w tych przypadkach, w których przewód wątrobny jest zatkany przez pasorzyty.

Motylica krwi *(distomum haematobium, bilharzia sanguinis).* Pasorzyt ten najczęściej pojawia się w Egipcie i w krajach podzwrotnikowych. Z brudną wodą dostają się zarodniki do jelit, a w następstwie do żyły wrotnej. Oprócz zmian następowych w wątrobie wytwarzają się ciężkie, prawie znamienne zachorzenia pęcherza i nerek z obfitem krwawieniem. Na chorobę korzystnie działa zmiana klimatu.

Pentastomum denticulatum et constrictum, napotykane często w krtani psa, wilka, konia, owcy, znaleziono kilkakrotnie i w wątrobie u ludzi.

Bąblowiec wątroby *(echinococcus hepatis)*.

Etyologia. Bąblowiec najczęściej usadawia się w wątrobie. Nie jest to pasorzyt sam, lecz tylko przejściowa postać, postać pęcherzowa (wągrowa) *(Finne)* tasiemca bąblowcowego (*taenia echinococcus*). Rozwinięty tasiemiec przebywa najczęściej tylko w jelicie psa, lub pokrewnych zwierząt: wilka, szakala. Jedynie ostatni (z czterech) członów tego tasiemca zawiera jajka, zdolne do dalszego rozwoju. Z psów dostają się te jajka wprost do przewodu pokarmowego ludzkiego, albo też z wodą, zanieczyszczoną kałem psim, lub wreszcie z jarzynami surowemi, zanieczyszczonemi przypadkowo cząstkami kału psiego. Niezaprzeczonym

est faktem, że w tych okolicach, w których ludność częściej trzyma psy, a przytem ściślej i częściej z nimi przebywa, daje się psom lizać, pieści psy, zaniedbując czystości, — tam bąblowiec jest zjawiskiem częstem. Na Islandyi prawie co siódmy mieszkaniec gości w swojej wątrobie bąblowca; w Australii co 39-ty. W Europie częstość bywa bardzo różną; w niektórych okolicach u 1 %, w innych u 0·1% zmarłych znajdują się bąblowce. W Polsce, a w szczególności u nas, należy bąblowiec do rzadszych chorób; nieraz i lata mijają bez przypadku tego pasorzyta. Kobiety znacznie częściej chorują na bąblowce, niż mężczyźni (statystycznie wynosi stosunek 148:210).

Anatomia patologiczna. Jajko tasiemca psiego, dostawszy się do żołądka ludzkiego, ulega działaniu soku żołądkowego, który niszczy osłonkę błonkowatą i twardszą wewnętrzną, wskutek czego zarodek *(embryo)* wydostaje się na zewnątrz. Uwolniony zarodek haczykami dostaje się prawdopodobnie do naczyń krwionośnych, a prąd krwi żyły wrotnej unosi go do wątroby. W wątrobie następuje dalszy okres przeobrażeń zarodka, powstaje albo jednokomorowy bąblowiec (*echinococcus unilocularis s. cysticus*), albo też rzadziej wielokomorowy (*echinococcus multilocularis s. alveolaris*). Bąblowiec jednokomorowy, najczęstsza postać bąblowca, usadawia się zazwyczaj w prawym płacie wątroby w postaci dużego pęcherza, zwolna wzrastającego, który po latach nabrać może wielkości pięści, a nawet głowy dorosłego człowieka. Zwykle znajdujemy tylko jeden pęcherz, wyjątkowo kilka, rozrzuconych w miąższu wątrobnym. Torebka włóknista, grubości kilku milimetrów, unaczyniona, powstała wskutek odczynowego zapalenia sąsiedztwa, otacza w całości właściwy pęcherz bąblowca. Czasami udaje się oddzielić tę torebkę od właściwego pasorzyta. Bąblowiec posiada ścianę zewnętrzną, warstwową, białą, podobną do skrzepłego białka kurzego (*cuticula*), i wewnętrzną, ziarnistą, zarodkową lub miąższową, zawierającą włókna mięsne, ziarenka wapniowe, a przedewszystkiem torebki zarodkowe. Często znajdujemy w bąblowcu oprócz treści płynnej, obojętnej i jasnej, o c. w. 1009—1015, nie zawierającej białka, — jeszcze wolno pływające, wtórorzędne (pęcherze pochodne, „*Tochterblasen*“), wyjątkowo w nich znów trzeciorzędne pęcherze (*Enkelblasen*), tak, iż pierwotny, macierzysty pęcherz, zawierać może i kilka tysięcy mniejszych, a rozmiary wątroby dochodzą wskutek tego wprost do nadzwyczajnych. Najważniejszą częścią wewnętrznej ściany ziarnistej są torebki zarodkowe (*Brutkapseln*), na których usadowione są główki (*scolices*). Główki te okazują 1) cechujące cztery sawki, 2) zazwyczaj podwójny wieniec haczyków. Czasami można wykryć wolne główki w treści pęcherza. Do wyjątków należą przypadki bez główek, jałowe (*acephalocystides*).

Bąblowiec, usadowiony tuż pod torebką wątrobną, wywołuje zazwyczaj jej zgrubienie; miąższ wątroby w otoczeniu pęcherza ulega nieraz zanikowi, wyrównanemu przerostem innych częsci wątroby. Czasem rozwija się zropienie bąblowca wskutek urazu (i zakażenia), tak iż tylko po haczykach rozpoznajemy jakość sprawy chorobowej; ropa ma mieć czasem znamienny zapach, przypominający powidła śliwkowe (Eichhorst). W tych przypadkach, w których następuje obumarcie bąblowca, wytwarza się twarda, modzelowata, czasem zwapniała skorupa. Treść gęstnieje i zawiera cholestearynę, barwik żółciowy i haczyki bąblowca.

Wielokomorowy bąblowiec jest zjawiskiem rzadkiem. Rozrost jego odbywa się przez wytwarzanie pęcherzy wtórorzędnych, które poza pęcherzem macierzystym drążą najczęściej w przewody żółciowe, rzadziej wzdłuż gałęzi żyły wrotnej, lub naczyń chłonnych, w głąb miąższu wątroby. Wątroba i w tych przypadkach jest znacznie

powiększoną, guzowata, a na przekroju widać guz wielokomorowy, torbielowaty, jamisty; poszczególne większe i mniejsze jamy zawierają treść gęstą, żółtą, czasem galaretowatą, a ściany nieraz są owrzodziałe. Treść galaretowata zawiera główki, nieraz wolne haczyki, wyjątkowo brak ich (j a ł o w e).

Objawy i przebieg. Bąblowiec wątroby może latami istnieć, zwłaszcza jeżeli jest małych rozmiarów i jednokomorowy; niczem nie objawia swej obecności, jeżeli rozwija się w głębi miąższu. To też prawie w połowie przypadków, badanych po śmierci, nie rozpoznano za życia bąblowca. Bąblowce, bliżej powierzchni leżące, już w okresach wcześniejszych wywołują pewne objawy, zależne przedewszystkiem od ich wielkości. 1) Utrudnienie oddechów, 2) ucisk większych przewodów żółciowych, 3) ucisk na żyłę wrotną — oto najczęstsze objawy następowe rozwijającego się guza. P o k r z y w k a (*urticaria*) zjawia się czasem i w okresach wczesnych, częściej w późniejszych, jeżeli treść płynna bąblowca dostanie się do jamy brzusznej, — wskutek pęknięcia żylaków ściany pęcherza, wskutek wessania jadów, wytworzonych przez pasorzyty. Najwcześniej rozpoznamy bąblowce, rozwijające się na przedniej powierzchni wątroby, w okolicy nadpępkowej; w tem miejscu wyczuć możemy twardy guz, lub więcej guzów. Jeżeli pęcherz rozwija się, jak to najczęściej się zdarza, w prawym płacie, wtedy dolne prawe żebra wyginają się na zewnątrz. Zwiększając się, sięga guz nieraz daleko ku dołowi w głąb jamy brzusznej (szczególniej guzy, wychodzące z dolnej powierzchni wątroby) — tak, iż łatwo pomylić się i uznać pasorzyta za torbiel jajnikowy. W takich przypadkach rozwijają się czasem przypadłości jelitowe, a nawet wystąpić mogą objawy niedrożności. Widziano również i bąblowce, złączone z wątrobą tylko zapomocą wązkiego pasa łącznotkankowego, podobne zupełnie do torbielowych szypułkowych guzów. Wskutek ucisku na żyłę wrotną rozwija się czasem puchlina brzuszna, obrzęk śledziony, puchlina kończyn, białkomocz, czasem okresowy, zależny od ułożenia się chorego, a powstały z ucisku na nerki.

P o w i ę k s z e n i e w ą t r o b y bywa najczęściej znaczne, a guzy bąblowca dają się wymacać, przyczem odbywają ruchy, współczesne z ruchami oddechowymi, razem z wątrobą. Tylko przy znacznych zrostach, albo przy bardzo znacznem powiększeniu wątroby, niema przesuwalności.

Bąblowce, usadowione w g ó r n y c h c z ę ś c i a c h w ą t r o b y, wypuklają przeponę ku górze i tworzą przy opukiwaniu dość znamienną linię stłumienia, okazującą, najczęściej w linii pachowej, wyraźny garb ku g ó r z e, a więc obraz odmienny, niż przy wysiękach opłucnych, tworzących najczęściej linię ku przodowi spadzistą i ku dołowi wypukłą. Tylko wtedy bąblowiec dałby podobną linię stłumienia, gdyby usadowił się w pobliżu kręgosłupa.

W miarę rozrostu bąblowca pojawia się kaszel, duszność, sinica i t. d. Spostrzegano też przypadki śmierci nagłej, prawdopodobnie wskutek zmiany położenia serca i wielkich pni naczyniowych, przy równocześnie istniejącej n i e d o d m i e (*atelectasis*) całego nieraz płuca. Oprócz zapaleń opłucnych i najróżnorodniejszych kombinacyi najgroźniejsze są p r z e b i c i a guza do jam surowiczych, zwłaszcza że w przypadkach bąblowca rzadziej, niż przy ropniach, rozwija się zapalenie włókniste kołowątrobne.

Niema prawie narządu lub przestworu wolnego, do któregoby bąblowiec nie p ę k ł, bo nawet i do serca; a więc do żołądka, do jelit, do opłucnej, do płuc, przyczem chorzy wprost udusić się mogą, jeżeli ilość bąblowców znaczna, wreszcie i do pęcherza. Jeżeli pęknięcie zwolna się odbywa, to czasem i wyleczenie może nastąpić. W plwocinach, w moczu stwierdzano wtedy części

bąblowca i haczyki. Pęknięcia do jamy otrzewnej ($90^0/_0$ przypadków tych zakończyło się śmiercią) odczuwają czasem chorzy całkiem wyraźnie i wśród zapadu giną; czasem zwolna odzyskują zdrowie. Pęknięcia do dróg żółciowych (z $70^0/_0$ śmiertelnych przypadków) sprowadzić mogą wyjątkowo zropienie bąblowca albo znów ropne zapalenie przewodów, czasem z napadami kolki żółciowej w razie uwięźnięcia wtórorzędnych pęcherzy.

Przebicia przez ściany brzuszne na zewnątrz zdarzają się również czasem przy zropiałych bąblowcach.

Rokowanie. Każdy przypadek bąblowca wątroby jest chorobą groźną. W najlepszym razie stanowi odejście bąblowca przez odbytnicę albo przez oskrzela bardzo niebezpieczny sposób samowyleczenia się ustroju. Przypadki zwapnienia, obumarcia pasorzytów należą do wyjątkowych, a ich zropienie należy do rzędu groźnych powikłań. Jedynie w tych przypadkach można rokować pomyślniej, które nadają się do operacyi, a więc w przypadkach bąblowców, usadowionych na przodzie wątroby, bez gorączki.

Rozpoznanie ma przedewszystkiem za zadanie wyłączyć te choroby, którym towarzyszy znaczne powiększenie wątroby, a więc raka wątroby, oprócz tego ropień wątroby, dalej kiłę i marskość wątroby.

Za rakiem przemawia wiek i chera rakowa; ropień znamionują dreszcze, gorączka ropna, postępujące wyniszczenie. W przypadkach kiły rozstrzygają niewątpliwe zmiany kiłowe w innych narządach, w kościach, na częściach płciowych i t. d. Nadużywanie wyskoku, obrzęk śledziony, puchlina, brak guza, świadczą za marskością wątroby.

Obecność drżenia wodunkowego (*Hydatidenschwirren)* jest ważnym szczegółem rozpoznawczym. Bąblowca wymacać można jako silnie napięty, gładki, twardoelastyczny guz, wyjątkowo tylko chełboczący. Opukując guz, dobędziemy wyraźny odgłos stłumiony, a przytem szczególniejsze drżenie. Ściskając guz lekko dwoma palcami lewej ręki i uderzając go szybko prawą ręką (sposób Frerichsa), albo też zatrzymując w czasie opukiwania palce na pukadle (plesymetrze) — sposób Torrala, — wyczuć możemy to niemal swoiste drżenie. Davaine poleca położyć na guzie trzy palce lewej ręki i opukiwać środkowy palec. Najlepiej czujemy to drżenie, jeżeli pęcherz niezbyt silnie jest napięty i zawiera jeszcze wtórorzędne pęcherze. Wprawdzie zauważano wyjątkowo i w puchlinie brzusznej lub torbielach jajnikowych również podobne drżenie, jednakże najczęściej stwierdzić je można w bąblowcu, zwłaszcza gdy niema zrostów lub innych powikłań. Tylko też w ten sposób tłómaczyć można zdanie Frerichsa, który w połowie przypadków bąblowca nie mógł wykryć drżenia wodunkowego.

Podobny obraz mogą dać torbiele nerkowe i wodonercze; brak wszakże zmian w moczu świadczy za bąblowcem wątroby.

Ropnie podprzeponowe (*abscessus subphrenici*) różnią się od bąblowców wątroby już postacią stłumienia, gorączką, przebiegiem, zachowaniem się szmerów oddechowych, wreszcie i wynik nakłucia próbnego wyjaśni rozpoznanie. Wydobyty płyn jasny, niezawierający białka, przemawia bardzo za bąblowcem; obecność główek lub haczyków w osadzie dowodzi bezwarunkowo obecności bąblowca.

Nakłucie radzi Quincke wykonać zamiast strzykawką Pravaza — przyrządem Potaina albo Dieulafoya.

Igłę, zatkaną woskiem lub zamkniętą kurkiem, radzi pozostawić dłużej w pęcherzu, by wywołać tem pewniej zamknięcie otworu przez zlepne zapalenie. W płynie nie znajdziemy białka, stwierdzimy zaś obecność główek (*sco-*

lices) i haczyków, strzępki osłon, natomiast przy innych torbielach wykryjemy białko, śluz, żółć, ropę itd. Nakłucie może stać się groźnem, jeżeli treść pęcherza dostanie się do jamy otrzewnej, tem bardziej przy zropiałych bąblowcach. Trzeba tedy przy każdem nakłuciu być przygotowanym do natychmiastowej operacyi doszczętnej.

Bąblowiec wielokomorowy wywołuje najczęściej wskutek odmiennego sposobu rozrastania się żółtaczkę i obrzęk śledziony. Często obraz chorobowy łudząco przypomina raka wątroby lub przerostową marskość wątroby. Płyn, uzyskany przez nakłucie, jest mętny, żółtawobrunatny i zawiera białko.

Ważne wskazówki rozpoznawcze dać może: 1) wiek; bąblowiec wielokomorowy występuje między 27—50 rokiem życia; 2) pochodzenie chorego; — w niektórych okolicach Tyrolu, południowej Bawaryi, w okolicy Czarnolasu zjawia się wielokomorowy bąblowiec daleko częściej, niż jednokomorowy. Również i 3) trwanie choroby; rak daleko szybciej przebiega, a więc prędzej sprowadza cherę; następnie 4) przypadłości żołądkowe i jelitowe: wzdęcie, biegunka; wreszcie 5) gorączka i obrzęk śledziony, właściwe bąblowcowi.

W przerostowej marskości wątroby żółtaczka nie bywa tak znaczną, a obrzęk śledziony rozwija się wcześniej; za marskością może często przemawiać i etyologia, również trwały brak puchliny, a wreszcie stateczne powiększanie się wątroby (Liebermeister).

Leczenie. W tych przypadkach, w których rozpoznanie jest pewnem, a bąblowiec dostępny, należy przystąpić do operacyi przez nacięcie. Cały szereg sposobów leczenia wewnętrznego, zewnętrznego, maściami, okładanii, nakłuciem, wstrzykiwaniami, — nie dał dotychczas wyników zadowalniających i wcale nie dorównywa leczeniu chirurgicznemu. Wyjątkowo zdarzył się raz przypadek, gdzie po nakłuciu bąblowiec obumarł. W przypadkach zropienia powinno się użyć leczenia takiego, jak ropni wątroby. Korzystną tu jest rzeczą, że ropnica rzadziej się rozwija, niż przy ropniu, gdyż jama jest szczelnie otorbioną. Bąblowce w górnych częściach wątroby wymagają nieraz resekcyi chrząstek żebrowych. Po przebiciach do jamy otrzewnej udało się czasem ocalić chorego nakłuciem i wydaleniem treści, w danym razie w połączeniu z »wymyciem« jamy brzusznej.

Środki zapobiegawcze mogą mieć wielkie znaczenie w okolicach, w których bąblowce często się zdarzają. Oprócz ściśle wykonywanej policyi weterynarskiej i nadzoru nad psami, należy wykonywać oględziny mięsa jak najdokładniej, niszczyć mięso wągrowate, a nie karmić tem mięsem (niegotowanem) psów; pouczać ludność o niebezpieczeństwie zbyt pieszczotliwego obchodzenia się z psami; przestrzegać czystości, mycia rąk itd., czystości jarzyn surowo spożywanych. Wreszcie podawać psom środki przeciwczerwiowe (1—4 gm wyciągu paprotki) dla usunięcia jajek tasiemczych.

Choroby głównych naczyń krwionośnych wątroby.

„Vena portarum porta malorum"
Stahl.

Zakrzep żyły wrotnej *(pylethrombosis)* **i zwężenie żyły wrotnej zakrzepowe** *(stenosis v. portae thrombotica).*

Etyologia i zmiany anatomiczne. Znaczenie żyły wrotnej w chorobach miąższu wątrobnego jest nader wielkie; są to wrota, któremi większa część czynników chorobotwórczych, drobnoustrojów, toksyn, produktów gnicia itd. dostaje się z jelit do wątroby. Stąd też pochodzi, że wiele zmian rozpoczyna się od obwodu zrazików. Pomimo to sama żyła wrotna stosunkowo nie często ulega zmianom chorobowym. Toż i zwężenie żyły wrotnej, lub całkowite zamknięcie jej światła, rzadko się rozwija na podstawie zapalenia samejże ściany żyły wrotnej *(pylephlebitis chronica)*. Najczęściej rozwija się wskutek wrastania nowotworu w światło żyły zakrzep, który przechodząc różne zmiany, organizując się, może wspólnie ze zmianami w ścianie żylnej *(pylephlebitis adhaesiva)* sprawić zupełne zamknięcie światła żyły wrotnej. Zakrzepy, powstałe na tle sprawy zapalnej, zapalenie błony wewnętrznej żyły *(endophlebitis)* stanowią czasem ciąg dalszy podobnych zmian w żyle śledzionowej lub krezkowej. Zakrzepy zwiększając się, przechodzą również i do rozgałęzień żyły wrotnej. Oprócz zakrzepów częściowych i zupełnych pochodzenia zapalnego, rozwijają się zakrzepy już wskutek zwolnienia prądu krwi w żyle wrotnej, mianowicie w marskości wątroby. Często zmiany kiłowe wytwarzają zakrzep. Inną przyczynę stanowią zmiany uciskowe. Oprócz nowotworów rakowych, rozwijających się w sąsiedztwie, we wnęce wątroby, mogą również i gruczoły chłonne, zajęte gruźlicą, rakiem, uciskać żyłę wrotną. To samo stać się może pod wpływem kamyków żółciowych, uwięzłych w przewodzie żółciowym wspólnym, a wreszcie nieraz wskutek przewlekłego zapalenia włóknistego wnęki wątroby, z wytworzeniem (lub i bez tego) kilaków, albo też rozwijającego, się na tle gruźlicy, zapalenia otrzewnej. Równocześnie z uciskiem, zwężającym światło żyły, rozwija się i zakrzep w samej żyle. Wreszcie i pasorzyty stają się czasem przyczyną zamknięcia i zakrzepu żyły wrotnej. We wszystkich sprawach zakrzepowych istnieją zazwyczaj zapalenia ścian żyły, a nawet i rodzaj miażdżycy żyły *(phlebosclerosis)*, wytwarzające czasem zupełne »organiczne« zamknięcie światła żyły wrotnej. Wyjątkowo zdarzają się znów przypadki, gdzie niewątpliwie zakrzepy w znacznej części zostały wessane, a drożność żyły powróciła. Następowe zmiany w wątrobie są dość częste w postaci zaniku pewnych części wątroby lub całego miąższu, albo też marskości, lub wreszcie w postaci ograniczonych zmian włóknistych, blizn. Zamknięcie żyły wrotnej lub też głównej jakiejś gałęzi może wywołać tak znaczne zmiany, że rozwija się całkowity zanik utkania gruczołowego.

Objawy. Zakrzep żyły wrotnej pojawia się klinicznie w dwóch postaciach: w postaci ostrej, albo też przewlekłej; rzadziej zdarzają się postacie przejściowe. Zaznaczyć trzeba, że zatkanie gałęzi żyły wrotnej nie wywołuje czasem żadnych objawów, gdyż reszta miąższu wątrobnego dostatecznie jest czynną.

W przypadkach ostrych powstają nagle objawy zastoinowe w zakresie żyły wrotnej u człowieka rzekomo przedtem zdrowego, albo też dotkniętego już jakiemś

cierpieniem, marskością wątroby, guzami brzusznymi, lub przewlekłem zapaleniem otrzewnej. Najczęściej zjawia się gwałtowny ból w nadpępczu *(epigastrium)* w połączeniu z wymiotami, czasem krwawemi i biegunką, również nieraz krwawą. Równocześnie wykazać można obrzęk śledziony. W krótkim czasie wytwarza się i puchlina brzuszna, szybko wzrastająca. Czasem powstaje żółtaczka wskutek ucisku na przewody żółciowe. W niektórych przypadkach przypomina obraz chorobowy ostre zapalenie otrzewnej, lub ostrą niedrożność jelit. Śmierć następuje już po kilku dniach. Zdarza się również, iż przypadłości po części łagodnieją, aby po krótkim czasie znów gwałtownie wystąpić; zdaje się, że wahania te zależą od zmian, jakim ulega zakrzep żyły wrotnej.

Przewlekłe przypadki wywołują objawy, podobne do objawów marskości wątroby; w obu chorobach rozmiary wątroby mogą się zmniejszyć. Obfitsze i uporczywe krwotoki do przewodu pokarmowego, szybkie nawroty puchliny brzusznej (po nakłuciu), przemawiają za zakrzepem. Tylko w tych przypadkach niema puchliny brzusznej, w których wskutek zakrzepu powstają bardzo obfite krwotoki albo też, gdzie sieć krążenia obocznego znacznie się rozwinęła. Tego rodzaju przypadki trwają latami, jeżeli zamknięcie światła żyły wrotnej zwolna się rozwija.

Rokowanie tylko wyjątkowo może być pomyślniejsze w tych przypadkach, w których kilaki uciskają żyłę *(pylephlebitis syphilitica)*, lub czasem w sprawach zapalnych po kamykach żółciowych, lub owrzodzeniach dwunastnicy. W przeważnej części przypadków rokowanie jest niepomyślne.

Leczenie najwięcej jeszcze ma widoków w sprawach kiłowych; wcierania rtęci, oraz jod, są wtedy wskazane. Zresztą leczenie może być tylko objawowe, w kierunku pokrewnym leczeniu marskości wątroby. Podawanie środków przeczyszczających może sprawić niejaką ulgę. Nakłucie brzucha należy ze względu na szybkość nawrotu tylko w ostateczności przedsiębrać.

Zapalenie żyły wrotnej *(pylephlebitis)*.

1. Przewlekłe zapalenie żyły wrotnej wywołuje w ścianach podobne zmiany, jak miażdżyca tętnic *(arteriosclerosis)* w ścianach tętnic i bywa przyczyną zakrzepu w żyle wrotnej. Sprawa zapalna w żyle bywa czasem tylko częściowym objawem przewlekłych zapaleń w otoczeniu wskutek kamicy żółciowej, albo też rozwija się jako zapalenie kiłowe naczyń krwionośnych. Zmiany te wywołują oprócz zwężeń zakrzepy przyścienne, a czasem zupełne zarośnięcie światła żyły *(pylephlebitis adhaesiva)*.

2. Ostre zapalenie żyły wrotnej nie jest chorobą zbyt rzadką: najczęściej powstaje wskutek ropienia w zakresie żył, wpadających do żyły wrotnej, a więc w toku owrzodzeń i ropień w jelicie grubem, w jelicie ślepem lub kołoodbytniczych *(periproctitis)*, w czerwonce, raku. Ropnie gruczołu krokowego, ropienia w okolicy macicy, czasem zabiegi operacyjne na odbytnicy, skaleczenia przy lawatywach, owrzodzenia durowe lub gruźlicze w jelitach itd. dają początek ostremu zapaleniu żyły wrotnej. U noworodków zapalenie (zakaźne) żyły pępkowej sprowadza często ostre zapalenie żyły wrotnej.

Zmiany anatomiczne rozpoczynają się najczęściej od drobnych żył jelitowych, krezkowych. Stąd wytwarza się dośrodkowo, ku żyle wrotnej, sprawa zapalna, najczęściej zakrzep, albo też drobne cząstki rozmiękłego zakrzepu, porwane prądem krwi, dostają się do żyły wrotnej, lub też do jej rozgałęzień śródwątrobnych. W ten sposób wytwarzają się ropnie zatorowe i zmiany zapalne, często owrzodzenia samej

ściany żyły wrotnej *(pylephlebitis ulcerosa, suppurativa)*. Stąd też pochodzi, że ropne zapalenie żyły wrotnej bywa przyczyną ropni przerzutowych, a nawet ropnicy.

Objawy dopiero występują z chwilą wytwarzania się zakrzepu, a raczej jego rozmiękania. Obraz choroby odpowiada zakażeniu ropnemu, z dreszczami i napadami gorączki nieregularnej, zazwyczaj przerywanej, z potami, zapadem, a często z ciepłotą niższą od prawidłowej. Do tego dołączają się objawy niejako miejscowe, zależne od zmian w żyle wrotnej, które jednak ze względu na szybki przebieg choroby nie mogą znacznie się rozwinąć, (brak też dlatego puchliny brzusznej). Pojawiają się tedy bole w nadpępczu *(epigastrium)*, powiększenie wątroby i żółtaczka, choć nie stale. Obok tego zupełny brak łaknienia, wymioty i biegunka, czasem krwawa, wskutek zawałów w ścianach jelit. Czasem wikłają się z tym obrazem objawy zapalenia otrzewnej, początkowo miejscowego, następnie ogólnego. Śledziona zazwyczaj powiększona (obrzęk zakaźny, rzadziej zastoinowy).

Objawy te trwają z różnem nasileniem kilka tygodni, wyjątkowo kilka miesięcy. Początek choroby trudno oznaczyć; czasem zdarza się, że objawy ropnicy są bezpośrednio dalszym ciągiem choroby pierwotnej, a czasem powstają po dłuższej przerwie względnego zdrowia.

Rozpoznanie jest nader trudne, gdyż i ropień wątroby i ropnica wogóle mają podobne objawy, jak ropne zapalenie żyły wrotnej, w którem przypadłości ze strony wątroby często się wcale nie uwydatniają. Jedynie tylko przebieg, uwzględnienie cierpienia pierwotnego, może naprowadzić na domysł trafny, tem bardziej, że w tych przypadkach nie zdarzają się często ropnie następowe poza obrębem żyły wrotnej.

Rokowanie jest niepomyślne; mało zaważy tu na szali teoretyczna możliwość ustąpienia zmian zatorowych lub ropnych, albo świadomość, że zdarzają się przypadki szczęśliwego przebycia ropnicy.

Leczenie zapobiegawcze domaga się nieodzownie skrupulatnego i umiejętnego leczenia wszystkich tych chorób, które mogą wywołać ostre zapalenie żyły wrotnej. Należy przeto wszelkie ogniska ropne naokoło kątnicy, odbytnicy itd. wczas usunąć, leczyć odpowiednio owrzodzenia i zapalenia krwawnic, należycie opatrywać pępowinę noworodków. Tem postępowaniem uchronimy chorych nieraz od zapalenia żyły wrotnej, a w przypadkach, w których ono już się rozwija, wpłynąć może na jego przebieg, jeżeli usuniemy źródła zakażenia. Zresztą wskazane będą środki podniecające (olej kamforowy, kofeina, naparstnica, wyjątkowo narkotyka) i leki skrzepiające. Chętnie zalecamy korę chinową w odwarze.

O ile można, unikamy podawania środków przeciwgorączkowych.

Choroby żył wątrobnych. Zwężenie lub zamknięcie żył wątrobnych rozwija się najczęściej równocześnie ze zmianami uciskowemi żyły głównej dolnej *(v. cava inf.)*. Zmiany następowe objawiają się zastoinami wątrobnemi, lub marskością zastoinową. Oprócz tego zdarzają się i sprawy zapalne samychże ścian i zakrzepy, a wreszcie i zatory (wstecznym prądem krwi), czasem ropnie. Ważnym jest szczegół, że przy zakrzepach żył wątrobnych nie spostrzegano żółtaczki, natomiast stwierdzono znaczne powiększenie wątroby, puchlinę brzuszną, obrzęk śledziony.

Przewlekłe zapalenia żył są rzadkością. Ostre ropne zapalenia częściej się zdarzają i pochodzą najczęściej z ropni wątroby, albo z zatorów wstecznych *(rückläufige Embolie)*.

Tętniaki tętnicy wątrobnej. Wszystkich znanych przypadków jest mało co więcej nad 20. Etyologia niejasna. Chorzy przeważnie nie liczyli jeszcze 40 lat. Z objawów

najczęściej występował ból w prawem podżebrzu, rzadko w lewem, jeżeli siedzibą tętniaka była gałąź lewa. Spostrzegano również tętniaki śródwątrobne. Krwotoki bywają śmiertelne do jamy otrzewnej lub do jelit. Opisano też przypadki krwawień z przerwami, zwłaszcza gdy tętniak krwawi do przewodów żółciowych, co często wytwarza żółtaczkę. Może ona się rozwinąć i wskutek ucisku samego tętniaka. Czasem powstają przypadłości kolki żółciowej pozornej, gdy do żółtaczki przyłączają się napady bolów, po których zjawia się krew w stolcu. W przypadkach dotychczas opisanych nie zauważono guza tętniącego, natomiast stwierdzono skurczowy szmer nad guzem.

Przebieg bywa ostry, trwa średnio $4^1/_2$ miesiąca; po bolach początkowych następują krwotoki jelitowe i żółtaczka, następnie bywa przerwa w objawach, nieraz kilkomiesięczna; wreszcie, jeżeli nie świeży śmiertelny krwotok, to nastąpi śmierć z wyniszczenia lub wskutek powikłania.

Rozpoznanie jest niemożliwe w przypadkach śmiertelnych wskutek skrwawienia się chorych, zaś z pewnem prawdopodobieństwem możliwe wtedy, gdy kilkakrotne nastąpiło przebicie do dwunastnicy. Rozpoznawano najczęściej wrzód dwunastnicy. Jeżeli do objawów wrzodu dwunastnicy przyłączają się: żółtaczka napadowa, kolka żółciowa, a krwotoki są bardzo obfite, wtedy prawdopodobieństwo tętniaka tętnicy wątrobnej jest znaczne.

O leczeniu niestety mowy niema i zabiegi operacyjne okazały się bezskuteczne.

Zapalenie kołowątrobne.

Perihepatitis. Perihepatitis chron hyperplastica. Pseudocirrhosis pericarditica.

Zapalenie torebki wątroby, często będące objawem częściowym ogólnego zapalenia otrzewnej, towarzyszy jednak przeważnie różnym zmianom chorobowym wątroby i woreczka żółciowego, w szczególności: ropniom, marskości, kile, rakowi, bąblowcowi wielokomorowemi, czasem bywa następstwem zapalenia opłucnej prawej, lub per contiguitatem rozwija się wskutek sąsiadującego z wątrobą wrzodu żołądka.

Objawy ostrego zapalenia odpowiadają przypadłościom ograniczonego zapalenia otrzewnej w okolicy wątroby, a więc występuje kłujący ból, wzmagający się przy ruchach, oddychaniu, przy ucisku, czasem wyczuwalne tarcie otrzewne, lub nawet żółtaczka. Obok tego istnieją objawy cierpienia pierwotnego. Przewlekła sprawa zapalna może przebiegać zupełnie bez podmiotowych przypadłości. Jedynie przypadkowo stwierdzony brak przesuwalności wątroby (przy oddychaniu) świadczy o zrostach, latami może już istniejących. Dalszy rozwój włóknistego zapalenia kołowątrobnego może dwojako się ukształtować:

a) Wskutek przejścia sprawy zapalnej z torebki w głąb miąższu wątroby na tkankę łączną międzyzrazikową rozwija się obraz, do marskości wątroby bardzo podobny. Spostrzegano kilka takich przypadków.

b) Sprawa zapalna torebki wątrobnej wytwarza znaczne jej modzelowate zgrubienie nakształt twardej, ściśle przyrośniętej, włóknistej torebki białawej, 5—10 mm grubej, która kurcząc się, ściska miąższ wątroby, wytwarzając zwolna coraz znaczniejsze przeszkody w krążeniu krwi. Następstwa odpowiadają objawom marskości wątroby, przedewszystkiem zjawia się puchlina brzuszna, znaczna, uporczywa, latami się przewlekająca, czem przypadki te właśnie od marskości się różnią. Wątroba o brzegach zaokrąglonych bywa o połowę mniejszą, a na przekroju wypukla się nad powierzchnię. Pod drobnowidem nie widać wybitniejszych zmian. Tę postać zgrubienia nazwano: zapaleniem okołowątrobnem przerostowem przewlekłem *(perihepatitis chronica hyperplastica)*, a ponieważ przypomina tort oblany cukrem, jakby białawą masą skrzepłą, nazwano

ją wątrobą lukrowaną *(Zuckergussleber)*. W znanych przypadkach toczyły się równocześnie i inne choroby przewlekłe, przedewszystkiem przewlekłe zapalenie osierdzia, zarośnięcie jamy osierdzia, stąd: marskość wątroby wrzekoma ze zrostów osierdzia *(pseudocirrhosis pericarditica)*. W innych zaś przypadkach stwierdzono nadto włókniste zmiany otrzewnej, znaczne zgrubienie torebki śledzionowej, otrzewnej ściennej, znaczne zrosty opłucne przeponowe i marskość zastoinową wątroby. Puchlina brzuszna miałaby wtedy w tych przypadkach kilka różnorodnych przyczyn. Śledziona w przypadkach nadmiernego zgrubienia torebki wątrobnej nie ulega powiększeniu.

Rozpoznanie opiera się na siedzibie bolów, zazwyczaj nie rozpromieniających się, nie przechodzących na prawy bark, jak przy ropniach. Oczywista, że i przekrwienia wątroby, kamica, często podobnym objawiają się bolem; dlatego też tylko nieraz dalsza obserwacya wiedzie do rozpoznania.

Leczenie w okresie ostrym obejmuje: okłady lodowe, środki narkotyczne, w danym razie i pijawki, przystawiane w okolicy wątroby. Czasami, w łagodniejszych przypadkach, wystarczają okłady ciepłe, później, wysychające; przypadki przewlekające się wymagają stosowania zewnętrznie nalewki jodowej, jodwasogenu, wreszcie leczenia systematycznego choroby pierwotnej.

Dodatkowe uwagi dyagnostyczne, fizyologiczne i patologiczne.

Należy pamiętać, że opukując wątrobę oznaczamy tylko stłumienie bezwzględne, tj. przyścienne części wątroby, a nie istotne rozmiary tego narządu, dalej, że stłumienie względne wątroby ma tylko wyjątkowo znaczenie większe.

Z tyłu w linii przykręgowej sięga stłumienie bezwzględne, a więc górna granica wątroby — (dolny brzeg płuca prawego) do 11. żebra, w linii łopatkowej do dolnego brzegu 9., w linii pachowej do dolnego brzegu 7. żebra, czyli granica tego stłumienia przebiega w linii prawie poziomej ku pasze i tylko przy wydechu wykazać możemy stłumienie odgłosu, odpowiadające wązkiemu pasowi przyściennemu wątroby. Przy wdechu prawe płuco, wypełniając zatokę opłucną *(sinus pleuralis)*, zakrywa prawie całkowicie i ten pas.

Jeżeli dodamy, że w tejże okolicy przytyka prawa nerka, sięgająca do poziomu dolnego brzegu 10. żebra, to łatwo zrozumieć, dlaczego opukiwanie wątroby od tyłu nie daje pojęcia o istotnych rozmiarach narządu w tej okolicy ciała. W głębi jamy brzusznej leży górna wypukłość wątroby w płaszczyźnie, odpowiadającej kątowi łopatki prawej i dolnemu brzegowi ósmego żebra lewego (w linii przykręgowej lewej). Z przodu przebiega stłumienie bezwzględne w linii środkowej ciała od podstawy wyrostka mieczykowatego ku żebru 6. w linii sutkowej i przechodzi w pasze, t. j. w linii pachowej środkowej. na dolny brzeg 7. żebra. Są to granice przeciętne.

Dolna granica wątroby z tyłu odpowiada 11-mu żebru, w pasze 10-mu żebru, a ku przodowi tworzy łuk, poczynający się w linii prawej sutkowej, od prawego łuku żebrowego idący ukośnie ku wewnątrz i nieco ku górze, przecinający linię środkową ciała w połowie odległości wyrostka mieczykowatego od pępka, i przechodzący tuż na zewnątrz poza linię przymostkową lewą na 6-te żebro lewe, gdzie powyżej przechodzi w stłumienie serca. Widać z tego, że prawie większa połowa (lewa górna) przestworu między łukami żebrowymi i wyrostkiem mieczykowatym zajęta jest przez wątrobę, tj. prawie cały tak zwany dołek sercowy (*scrobiculus cordis*). U kobiet sięga często dolny brzeg wątroby nieco niżej; u dzieci zdarza się to zawsze. Górną granicę wą-

troby oznaczamy, opukując w kierunku z góry (od płuc) ku dołowi; dolną: opukując słabo od dołu, gdzie odgłos bębenkowy, ku górze i od lewego łuku żebrowego ku linii środkowej (lewy płat wątroby). Z przodu można przy górnej granicy, opukując silnie, dokładnie oznaczyć i względne stłumienie wątroby, sięgające zazwyczaj do dolnego brzegu 5-go żebra. Rzeczą jest jasną, że gruby pokład tkanki tłuszczowej, silnie rozwinięte brzuśce mięśni prostych, nadmierne wzdęcie jelit gazami — wpływają w znacznym stopniu, często wprost uniemożliwiają należyte opukiwanie wątroby. (Zob. rycinę dotyczącą, w rozdziale o chorobach żołądka).

Nieraz zwraca się wątroba swym brzegiem dolnym nieco ku górze (naokoło osi poprzecznej) i wtedy dolna jej granica wysuwa się ku górze (*Kantenstellung*).

Jeżeli przyczynę wysunięcia górnej granicy stłumienia wątrobnego stanowi ropień podprzeponowy (*abscessus subphrenicus*), to najczęściej kształt linii granicznej, okazując wyraźny garb, wybitnie różni się od linii stłumienia w stanie prawidłowym, w którym górna granica wątroby tworzy linię prawie poziomą. Odgłos bębenkowy zjawia się w tym pasie wtedy, gdy ropień zawiera również i gazy (*pyopneumothorax subphrenicus*); wtedy nad nim mamy odgłos jawny płuca, zaś poniżej stłumienie wątrobne. Bardzo ważną rzeczą dla zoryentowania się jest wykazanie ruchomości dolnej granicy płuca prawego. — Obniżenie górnej granicy stłumienia napotykamy w przypadkach rozedmy płuc, a przytem zatokę opłucnej wypełnioną przez brzeg płuca. Często bywa równocześnie i dolny brzeg wątroby obniżony, o czem później.

Zmniejszenie się obszaru stłumienia wątrobnego od dołu jest najczęściej skutkiem zaniku wątroby (*atrophia acuta flava, cirrhosis atrophica* itd.). Brak wszelkiego stłumienia wątroby w okolicy, w której zazwyczaj ją opukujemy, zdarza się w przypadkach odwrotnego ułożenia trzew, bardzo znacznej bębnicy, wątroby ruchomej, puchliny, w razie gromadzenia się wolnych gazów pomiędzy wątrobą, a przednią ścianą brzuszną i wogóle, gdy wątroba nie przylega do ścian brzusznych.

Obmacywanie (wyczuwanie) wątroby bodaj czy nie jest w praktyce najważniejszym sposobem badania rozmiarów, kształtu i położenia tego narządu. Puchlina brzuszna, bębnica, nadmiernie gruby pokład tłuszczowy, chorobliwie wzmożona wrażliwość badanego, uniemożliwiają dokładniejsze obmacywanie wątroby. W tych razach, mianowicie przy nadmiernej puchlinie, możemy, uderzając końcami palców całej dłoni, lekko zgiętej, choć częściowo zastąpić obmacywanie. W stanie prawidłowym rzadko możemy wyczuć wątrobę. Jeżeli jednak wątroba jest powiększona, albo powłoki brzuszne podatne, u osób chudych w położeniu na wznak, dokładnie można obmacywać wątrobę od dołu.

Badany powinien spokojnie oddychać; przy głębszym wdechu uderza brzeg wątroby o podsuniętą, lekko zgiętą, prawą dłoń, wciśniętą nieco pod łuk żebrowy w linii sutkowej. Równoczesne uciskanie okolicy wątroby od tyłu ręką lewą może być czasem korzystne, gdyż zbliżamy przez to wątrobę nieco ku dłoni prawej, z przodu badającej. Możemy też ustalić niejako wątrobę, przyczem należy wątrobę cztcrema palcami podpierać od tyłu, a kciuk oprzeć pod łukiem żebrowym.

Stwierdzamy dalej przy każdym wdechu ruchomość wątroby, szczegół bardzo ważny. Zrosty utrudniają, a nawet uniemożliwiają ruchy wątroby przy oddychaniu; równocześnie nabieramy pojęcia o jakości brzegu, o zniekształtnieniach, o guzach i o bolesności. Wyjątkowo można wymacać i pęcherzyk żółciowy, zwłaszcza gdy jest rozdęty, często w kamicy żółciowej, przy nowotworach. Rozstrzygnąć, czy guz, szczególniej przybrzeżny, usadowiony jest

w wątrobie, czy po za nią, nieraz nader trudno. Rozstrzyga badanie napełnienia jelit w różnych stanach, lub sztuczne wydęcie żołądka, lub też wypełnienie jelit płynami wlewanymi. Czasami otrzymać można dokładniejsze wyniki, ułożywszy chorego na prawy bok z obniżeniem barku, szczególnie gdy wzdęta kątnica zakrywa wątrobę.

Jeżeli w pozycyi leżącej wyniki są wątpliwe, wtedy należy wątrobę obmacać w położeniu kolanowo łokciowem (*à la vache*). Przy takiem obmacywaniu zdołałem wykryć niejeden szczegół, który inaczej uszedłby uwagi. Rzadziej miewamy korzyść z badania w położeniu siedzącem (przyczem lekarz siada poza badanym), a wyjątkowo w pozycyi stojącej chorego.

Obniżenie się brzegu wątroby może pochodzić z powiększenia wątroby, albo też od przesunięcia wątroby ku dołowi wskutek prawostronnej wypociny opłucnej, ropnia podprzeponowego, nowotworów w tejże okolicy, a wreszcie wskutek »opadnięcia« wątroby (*hepatoptosis)*, objawu, nieraz równoczesnego z ogólnem opadnięciem trzew brzusznych *(enteroptosis)*. Czasem jednak trudno odróżnić opadnięcie wątroby od jej powiększenia, a nieraz znów istnieją u jednego i tego samego chorego równocześnie obie nieprawidłowości.

Kształt wątroby ulega częstym zmianom wskutek zbliznowaceń po sprawach kiłowych (t. zw. wątroba płatowa), albo też wskutek długotrwałego działania ucisku mechanicznego, najczęściej sznurówki u kobiet. Zazwyczaj wydłuża się część przybrzeżna płatu prawego w kształcie owalnego płaskiego guza. Wydłużenie to łudząco bywa podobne — przy obmacywaniu przez powłoki — do ruchomego guza nowotworowego. Czasami mogłem stwierdzić na wątrobie tuż pod łukiem żebrowym guzowate wyniosłości, wymacalne przez powłoki brzuszne, bolesne, sprężyste, znikające po kilku tygodniach, albo (co rzadziej) miesiącami się też utrzymujące. Zniekształtnienia te zależne są od znacznych zastoin w wątrobie, wskutek niewyrównanych wad zastawkowych serca w okresach późnych. Wspominam o tem, gdyż nie zdarzyło mi się czytać o tej postaci wątroby zastoinowej.

Aby zrozumieć znaczenie wątroby w ustroju, należy uwzględnić jej wyjątkowe stosunki krążenia. W wątrobie krąży krew nader powoli, stąd najdrobniejsze przeszkody odbijają się natychmiast na objętości tego narządu; dlatego łatwo rozwijają się zastoiny, sprowadzające znów bierne przekrwienia na całym obszarze, z którego żyła wrotna (*vena portae*) zaopatruje się w krew (żołądek, jelita, śledziona, trzustka). Z drugiej strony stanowi wątroba właśnie z powodu szczególniejszego układu naczyniowego rodzaj sączka, w którym wszelkie przerzuty, istoty obce, twory zakaźne, jady, nader łatwo, szczególniej w naczyniach włosowatych, grzęzną, — stąd też choroby wątroby bywają następstwem najróżnorodniejszych czynników i naodwrót zmiany jej sprowadzają rychło zboczenia mechaniczne (w rozmieszczeniu krwi) i chemiczne w całym ustroju. Znaną jest rzeczą, że w wątrobie gromadzi się żelazo, miedź, rtęć, arszenik, antymon, jeżeli dostały się do ustroju. W jaki sposób wątroba działa ochronnie, nie jest jasnem —, czy chemicznie (przeróbką), czy mechanicznie (eliminacyą), czy inaczej. Jeżeli nazwano wątrobę czułym manometrem dla zboczeń krążenia, to równem prawem przysługuje jej to miano dla zboczeń odżywienia. W wiadomościach jednak naszych o czynnościach wątroby są dotąd luki. Wyeliminowanie czynności wątroby, dokonywane drogą doświadczalną w sposób rozmaity, najściślej jeszcze zapomocą »przetoki Ecka«, sprowadza już po upływie kilkunastu godzin śmierć zwierzęcia. Jasną jest rzeczą, że ustaje wytwarzanie kwasów i barwików żółciowych, zwiększa się zawartość amoniaku

we krwi i w moczu (Nencki), produkcya mocznika maleje i mniej go się wydziela, jednakże istotnej przyczyny śmierci i tu nie znamy.

Częściową (więcej niż połowę) resekcyę wątroby znoszą zwierzęta i mogą ją przeżyć wcale dobrze wskutek przerostu wątroby.

W żadnym gruczole obok wydzielania »na zewnątrz« *(secretio externa)* niema wydzielanie wewnętrzne (*secretio interna*) takiego znaczenia, jak w wątrobie — i nigdzie może niema tak wielkiego, wzajemnego na siebie oddziaływania obu tych rodzajów wydzielań. Najgłówniejszem zadaniem i wyrazem wydzielania »zewnętrznego« (*secretio externa*) jest wytwarzanie swoistych składników żółci, z zakresu zaś wydzielania »wewnętrznego«, (gdzie więc część wytworów wraca napowrót do ogólnego krążenia): gromadzenie na zapas glikogenu z niespotrzebowanych węglowodanów z pożywienia; przeróbka glikogenu na cukier, stopniowe wydalanie go do ustroju przez krążenie. Nie ulega też wątpliwości, że wątroba jest źródłem cukru we krwi i że istnieje pewien związek między cukrzycą, a zmianami czynnościowemi wątroby; tyle jednak na pewno dziś wiemy, że zboczenia te, same przez się, nie mogą sprowadzić trwałej cukrzycy. Ciekawe są najnowsze badania Straussa, tyczące się sprawności wątroby. Miarą było zachowanie się odmienne zdrowych, a chorych (na wątrobę) po podaniu na czczo lewulozy.

Niemniej zadaniem wątroby jest przeróbka i gromadzenie na zapas tłuszczów. Stąd też i zawartość tłuszczu w wątrobie waha się w bardzo szerokich granicach. Wiele przemawia również i za tem, że wątroba jest tym narządem, który wytwarza istoty ochronne przeciw różnorodnym toksynom, dostającym się do ustroju. Dlatego też każda choroba wątroby sprowadza oprócz zmian w samym gruczole cały szereg objawów ogólnych, w dalszym ciągu nieraz panujących nad całym obrazem, pozornie niemającym związku z pierwotną chorobą wątroby. Trudno wtedy rozstrzygnąć, które objawy policzyć na karb miejscowych zmian, a które na poczet ogólnych zboczeń. Dodajmy, że i działanie nerwów wybitnie wpływa na krążenie krwi, rozszerzając (n. błędny) i zwężając (splot trzewny, *pl. coeliacus)* naczynia wątrobne, jak niemniej i regulując częściowo wydzielanie się żółci. Dodajmy nadto nadzwyczajną łatwość odradzania się tkanki wątrobnej w postaci przerostu wyrównawczego (*recreatio*), doświadczalnie wykazanego, to przyznać musimy, że złożoną swą budową przewyższa wątroba inne narządy.

Toż ważne badania Browicza całkiem nowe rzucają światło na komórkę wątrobną, »organizm w całej pełni tego pojęcia«. Wykazały one ponad wszelką wątpliwość, że w samem jądrze komórki wątrobnej poczynają się kanaliki żółciowe, łączące się »bezpośrednio z takimiż kanalikami wśród cytoplazmy komórki«; również do jądra prowadzą stale kanaliki odżywcze, w związku będące z naczyniami włosowatemi. Temi drogami dochodzą i krwinki czerwone, jako materyał, przerabiany na żółć. Źródłem tedy sprawy wydzielniczej jest jądro komórki wątrobnej. Również i odkrycie Browicza komórek »ściennych« we włosowatych naczyniach zrazików zapowiada wyjaśnienie najzawilszych pytań z zakresu fizyologii i patologii wątroby. Komórki te pochłaniają czerwone i białe ciałka krwi i przerabiają pochłonięte czerwone.

Właściwością życiową zdrowej komórki wątrobnej jest wydzielanie żółci do przewodów żółciowych. Skurcze w przewodach żółciowych stwierdził jeszcze Haller, a nowsze badania wykazały niewątpliwie, że drażnienie nerwów trzewnych *(nn. splanchnici majores)* sprowadza skurcz przewodów żółciowych w całej ich rozciągłości, a zwieracz przewodu żółciowego wspólnego (*duct. choledoch.*) tuż przy dwunastnicy całkowicie się zaciska! Również i po-

drażnienie błony śluzowej żołądka i dwunastnicy sprowadza skurcz (nieraz bardzo silny) pęcherzyka żółciowego, czasami rozkurcz zwieracza przewodu żółciowego wspólnego.

Na wydzielanie żółci, które w stanie prawidłowym odbywa się nieprzerwanie, nie tylko wpływają stosunki krążenia krwi i bodźce nerwowe, ale sprawa trawienia w pewnych okresach. Wydalanie z woreczka żółciowego odbywa się odruchowo, skoro tylko kwaśna treść żołądkowa podrażni ujście przewodu wspólnego w dwunastnicy. Pożywienie wyłącznie mięsne pobudza najsilniej wydzielanie się żółci. Według spostrzeżeń i doświadczeń (Prévost i Binet) zwiększają wydzielanie się żółci; żółć, kwaśne sole żółciowe, mocznik, olejek terpentynowy, chlorek potasu, salicylan sodowy, salol, będźwinian sodowy, evonymin, muskaryna, oleinian sodowy; nieznaczne lub niestałe zwiększenie (często i wątpliwe) sprowadzają: sól karlsbadzka, węglan sodowy, siarkan sodowy, sól kuchennna, propylamin, antypiryna, alona *(aloës)*, kwas katartynowy, rzewień, gorzknik kanadyjski (*hydrastis canadensis*), antyfebryna, santonina; zmniejszają wydzielanie: jodek potasu, kalomel, żelazo (podskórnie), atropina (podskórnie).

Wpływ wody i oliwy na wzmożenie się wydzielania żółci, zaprzeczany przez fizyologów, okazuje się przecież w praktyce bardzo wyraźnie.

Dobowa ilość żółci bywa nader rozmaitą; różni badacze podają różne liczby: 530 c^3, 453—566 c^3, niektórzy podają 14 gm na 1 kg i dzień, inni 200—600, nawet 1200. Wahania te w stanach patologicznych są jeszcze znaczniejsze (*hypocholia*, *oligocholia*, *acholia*)[1] — czasami dochodzi do nadmiaru żółci: *polycholia*, która raczej jest tylko wyrazem nadmiaru barwika (*pleiochromia*, *polychromie pigmentaire*). Najważniejszymi składnikami żółci są: barwik żółciowy, kwasy żółciowe i cholestearyna. Z kwasów część ($^2/_3$) nie dostaje się do ogólnego obiegu krwi, lecz wchłania się napowrót w jelicie i ponownie wydziela się z żółcią; w mniejszym znacznie stopniu dzieje się to i z barwikiem, tak, iż mamy tu zjawisko niezwykłe: krążenie części składników żółci z wątroby do jelit i znów do wątroby itd. Jeszcze nie znamy dokładnie doniosłości żółci w sprawie trawienia. Sole żółciowe mają wielkie znaczenie w wessaniu tłuszczów w przewodzie pokarmowym. Nie ulega też wątpliwości, że żółć wywiera znaczny wpływ na sprawę gnicia w jelitach. W żółtaczce, o czem już była mowa (str. 162) okazuje się w całej pełni znaczenie żółci dla ustroju.

II.

Choroby trzustki.

Uwagi wstępne fizyologiczne i patologiczne.

Trzustka ma pierwszorzędne znaczenie w sprawie trawienia, gdyż wydzielina jej posiada własność przeistaczania białka, tłuszczów i skrobi w istoty rozpuszczalne i wessalne. Sok trzustkowy oddziaływa zasadowo i zawiera zaczyny czyli fermenty:

---

[1]) Lekarze francuscy rozróżniają jeszcze nadto, zależnie od stosunku barwika do kwasów żółciowych: *acholie totale*, *acholie des acides biliaires*.

a) Trypsynę, trawiącą białko, wydzielaną najsilniej w 4—5 godzin po posiłku, czynną jeszcze w ciepłocie 55° (Biernacki). Najważniejszymi wytworami trawienia trypsynowego są leucyna i tyrozyna. W przypadkach braku soku trzustkowego w jelitach odbywa się trawienie i wessanie białka znacznie gorzej, niż przy jego udziale (44%:54%). Jeżeli wraz z mięsem dodamy do pokarmów zawiesinę trzustkową, to wessanie dosięga 74—78%.

b) Steapsynę, emulgującą tłuszcze, z których wytwarzają się gliceryna i kwasy tłuszczowe. Tłuszcze, zawierające kwasy żółciowe, wchłaniają się daleko łatwiej. Z prac Nenckiego i innych wiemy, że najkorzystniejsze warunki do rozkładu tłuszczów istnieją w dwunastnicy, zaś sprzyjające warunki do wytworzenia się zawiesiny są w jelicie cienkiem. Jedynie współdziałanie żółci i soku trzustkowego umożliwia dostanie się tłuszczów do obiegu krwi. Doświadczalnie (na psach) stwierdzono, że po wyłuszczeniu trzustki (w następowej cukrzycy) stolce zawierają ogromne ilości tłuszczu, gdy tylko zwierzę żyło czas dłuższy. Zdaje się też nie ulegać wątpliwości, że znaczenie trzustki w trawieniu tłuszczów jest daleko większe, niż znaczenie wątroby w tym względzie.

c) Dyastazę trzustkową, działającą na skrobię, z której wytwarza maltozę i małe ilości dekstrozy; podobnych zmian doznaje i glikogen. Żółć przyśpiesza działanie dyastatyczne trzustki, kwasy mineralne niszczą to działanie. Ważną wszakże jest okoliczność, że po usunięciu trzustki wyzyskanie istot skrobiowych w znacznej mierze (60-80%) jeszcze się odbywa.

d) Zaczyn, sprowadzający ścinanie się mleka.

Dziś znamy działanie pobudzające włókien nerwowych, przebiegających w nerwie błędnym, na wydzielanie soku trzustkowego, jak również udowodniono, że nerwem, hamującym wydzielnicze czynności trzustki, jest n. trzewny (*n. splanchnicus*). Przecięcie splotów nerwu współczulnego, otaczającego naczynia trzustki, sprowadza obfite wydzielanie soku trzustkowego. Pokarm mięsny powiększa zawartość fermentu tryptycznego, a zmniejsza zdolność amilolityczną. Odwrotnie działają pokarmy mleczne i mączne.

Odkrycie Meringa i Minkowskiego (po części i de Dominicis) w r. 1889 wykazało, że całkowite usunięcie trzustki sprowadza (u psów) stale cukrzycę; po częściowem wyłuszczeniu, jeżeli pozostała $^1/_4$—$^1/_5$ część trzustki, nie następuje cukrzyca. Również udało się Minkowskiemu wykazać pewną zależność lżejszych przypadków cukrzycy doświadczalnej od rozmiarów ubytku trzustki; z częściowego wyłuszczenia trzustki pochodzi często przemijający cukromocz (lub cukromocz pokarmowy). Jest też wielce prawdopodobnem, że cukrzyca zawdzięcza swój początek ustawaniu pewnego, nieznanego nam »wydzielania wewnętrznego« w trzustce. Doświadczenie lekarskie i nader liczne badania anatomicznopatologiczne wykazują pomimo to, że niewątpliwie często zdarzały się przypadki cukrzycy, w których trzustka, dokładnie zbadana, była prawidłową, z czego wynika, że muszą istnieć i rzeczywiście istnieją inne przyczyny cukrzycy.

Z patologicznych zjawisk w toku chorób trzustki wybitnie wyróżniają się zmiany stolca, w szczególności pojawianie się stolców tłuszczowych (*steatorrhoea*). Z nader licznych doświadczeń na zwierzętach i spostrzeżeń na chorych wynika, że jeżeli w danym przypadku brak żółtaczki, jeżeli brak choroby jelita, to rzeczą jest możliwą, że niedostateczne trawienie tłuszczów ma swoje źródło w chorobie trzustki. Jeżeli przytem jeszcze rozwija się cukrzyca, albo jeżeli można stwierdzić jeszcze w okolicy trzustki guz, lub udowodnić niedostateczne trawienie istot azotowych (*azotorrhoea*) (Oser), wtedy prawie na pewno rozpoznać można chorobę trzustki. Same stolce tłuszczowe, jako wyraz niedostatecznego trawienia tłuszczów, nie mogą stanowić dowodu choroby trzustkowej. Wśród tychże samych warunków zjawienie się wielkiej ilości niestrawionych włókien mięsnych w stolcach, świadczące o niedostatecznem trawieniu istot białkowych, może mieć wielkie znaczenie rozpoznawcze, zwłaszcza gdy obok tego objawu (*azotorrhoea*) istnieją stolce tłuszczowe. Ani biegunka tłuszczowa, ani biegunka »azotowa«, same przez się nie wystarczają do rozpoznania, gdyż, jak wiemy, na trawienie tłuszczów i białka wpływają oprócz trzustki jeszcze inne czynniki. Zmiany w moczu, jak zwiększenie indykanu, a mniej jeszcze mocz tłuszczowy (*lipuria*)

nie mają wartości rozpoznawczej. Najczęściej zjawia się glikozurya, albo też najbardziej do cukrzycy zbliżona pentozurya, przemawiająca, zdaniem Salkowskiego, bardzo za chorobą trzustki. Lipurya (mocz tłuszczowy) nie jest znamienną dla chorób trzustki.

Wychudnienie nadzwyczajne wszystkich chorych, dotkniętych cięższemi zmianami trzustki, rozwija się daleko szybciej i silniej, niż w innych cherach, przyczem ogólne osłabienie bywa bardzo znaczne. Również poniekąd znamiennym bywa ślinotok (*salivatio et sialorrhoea pancreatica*) i biegunka; brak wszakże liczniejszych spostrzeżeń. Częstym również objawem, towarzyszącym chorobom trzustki, bywa żółtaczka.

Zważywszy, że przewód żółciowy wspólny *(duct. choledochus)* przebiega najmniej na przestrzeni pół centymetra w głowie trzustki (Zuckerkandl) jest rzeczą jasną, że wszelkie zmiany chorobowe w tej części trzustki, sprowadzające zwężenie i ucisk, wreszcie i całkowite zamknięcie przewodu, będą przyczyną żółtaczki. Zważywszy znów, że ujście obu przewodów do dwunastnicy ma zaledwie 1 mm szerokości (Opie), to widać, że już drobne złogi zamkną ujście; wobec większego zaś parcia wydzielniczego w przewodzie żółciowym wspólnym *(d. choledochus)* dostanie się niewątpliwie żółć do przewodu trzustkowego, co przyczyni się do powstawania zmian chorobowych w trzustce samej. Ważnym jest jeszcze inny szczegół, tyczący się raka trzustki, przy którym zazwyczaj rozwija się żółtaczka, statecznie się wzmagająca. W końcowych jednak okresach, gdy skóra wskutek chery staje się bledszą, bywa żółtaczka mniej wyraźną, czasem istotnie mniejszą. Istnieją też i inne możliwości powstawania żółtaczki przez ucisk zmienionej i powiększonej trzustki.

Zmiany uciskowe mogą również przyczynić się do rozwoju puchliny brzusznej, a nawet sprowadzić objawy częściowej niedrożności odźwiernika, żołądka lub jelit.

1. **Zapalenie trzustki** *(pancreatitis)*. Pomimo, że na przeszło tysiąc obdukcyi, zaledwie raz się zdarzy zapalenie trzustki, nie ulega wątpliwości, że zmiany te prawdopodobnie częściej się za życia przytrafiają i ustępują. Mayo Robson (w Leeds), operował sam przeszło 40 przypadków chorób trzustki, a drugie tyle spostrzegał nieoperowanych. Z postaci ostrych zapaleń znamy postać: krwotoczną, ropną, zgorzelinową *(pancr. haemorrhagica, suppurativa, necrotica)*. Choroby te mogą wystąpić samoistnie najprawdopodobniej wskutek zakażenia od strony jelit, czasem jako zapalenie, ropienia następowe, w ropnicy, a zdaje się, że często wskutek kamicy żółciowej, na co niedawno zwrócono uwagę (Fuchs); przebiegają wśród groźnego zapalenia otrzewnej w górnej części jamy brzusznej. W toku wytwarzania się ropnia zauważano czasem wyraźny bolesny guz w okolicy trzustkowej. Cechujących objawów brak, tem bardziej, że zazwyczaj ból gwałtowny rozchodzi się po całym brzuchu. Ogólny zapad, wymioty, stan gorączkowy niecharakterystyczny, oto objawy, wśród których chorzy zazwyczaj po kilku dniach giną.

Rozpoznanie »ropnia trzustkowego« może tylko być prawdopodobne. Wyjątkowo opisywano przypadki, trwające kilka miesięcy. Jeżeli nie ocali chorego zabieg operacyjny, t. j. otwarcie ropnia, albo nadzwyczajny chyba zbieg okoliczności, przebicie ropnia do jelit, wydalenie obumarłych strzępów, to zejście zazwyczaj bywa śmiertelne.

Przewlekłe zapalenie *(pancreatitis chr.)* ma zazwyczaj cechę zapalenia śródmiąższowego, wywołuje stwardnienie włókniste trzustki (*pancreatitis indurativa)*. Sprawa ta bierze początek albo ze stwardnienia tętnic (*arteriosclerosis, endarteriitis*

obliterans), lub bywa przyrody kiłowej (w postaci zmian bliznowatych i kilaków), wreszcie bywa skutkiem przewlekłego zatrucia wyskokiem.

Inna grupa bierze swój początek ze spraw zapalnych (*sialangitis pancreatica*), lub niedrożności, zamknięcia przewodów trzustki. Zastoiny wskutek złogów, kamyków, blizn itd. sprowadzają początkowo rozszerzenie przewodów gruczołowych z bujaniem tkanki łącznej podścieliskowej. Zmiany te zostały również doświadczalnie stwierdzone. Te zboczenia anatomiczne, obok zwyczajnego zaniku trzustki, towarzyszą najczęściej cukrzycy.

Oser sądzi, że guz w okolicy trzustki, cukrzyca i stolce tłuszczowe mogą czasem naprowadzić na rozpoznanie i upatruje w tej chorobie nowe wskazanie operacyjne, zwłaszcza w przypadkach, gdzie kamica żółciowa stanowi przyczynę zapalenia przewlekłego trzustki. Przypuszcza on możliwość wstrzymania dalszego rozwoju sprawy chorobowej.

2. **Krwotoki trzustkowe** (*haemorrhagia pancreatis et pancreatitis haemorrhagica*) zajmują obok nowotworów najważniejsze miejsce w rzędzie chorób trzustki. Udary trzustkowe, czyli znaczne krwotoki w trzustce, mogą powstać z różnych powodów. Najczęstszą przyczyną bywa miażdżyca lub kiła; rzadziej przewlekłe zmiany zapalne lub nowotwory samej trzustki, przedewszystkiem tłuszczowe zwyrodnienie trzustki, albo otłuszczenie jej wskutek przewlekłego zatrucia wyskokiem (*alcoholismus*), chorobliwej otyłości, uwiądu starczego. Tu również należą krwotoki wskutek martwicy tkanki tłuszczowej (*Fettnecrose*) trzustki. Opisano również krwotoki urazowe. Czasem wytwarzają się również torbiele krwotoczne urazowe; oprócz tego drąży czasem wynaczyniona krew do przestworów zaotrzewnych lub w głąb jamy brzusznej.

Objawy zwiastunowe, wyjąwszy urazy, nie mają żadnych cech swoistych. Najczęściej zjawia się krwotok nagle wśród względnego zdrowia. Najczęściej też następuje śmierć w krótkim czasie wśród wielkich bolów. Siedziba bolów bywa różna, najczęściej w nadpępczu, nieraz w okolicy pępka, lub i niżej. Wymioty są prawie stałym objawem; w przypadkach przewlekających się ustają na 1—2 dni i zjawiają się na nowo z wystąpieniem świeżego krwawienia w trzustce lub objawów zapalenia otrzewnej. Wymiociny bywają zazwyczaj żółcią zabarwione, wyjątkowo bywają krwawe. Również i żółtaczka należy do wyjątków.

Bębnica miejscowa lub ogólna jest częstem zjawiskiem. Oczywiście i zapad (*collapsus*) jest stałym objawem krwotoków trzustkowych i najczęściej zwiastunem rychłego zgonu, jeżeli wystąpi w późniejszym czasie. Cała sprawa chorobowa rozgrywa się najczęściej w ciągu 24—36 godzin, jakkolwiek nie brak przypadków błyskawicznych (*foudroyant*), kończących się w ciągu niespełna godziny. Przewlekłe przypadki z krwotokami kilkakroć po sobie następującymi, w których i wyleczenie jest czasem możliwe, mogą trwać kilka tygodni; wtedy część trzustki się oddziela (*sequestratio*).

Śmierć nie zawsze bywa wynikiem znacznej ostrej niedokrwistości; może wynikać i ze wstrząsu (analogicznie do znanego doświadczenia Goltza), albo też i z innych nieznanych przyczyn.

Rozpoznanie, jak dotąd, bywa tylko przypuszczalne, zazwyczaj mylne. Najczęściej rozpoznawano niedrożność jelit, przedziurawienia jelit lub żołądka, zapalenia ropne otrzewnej itp.

O leczeniu trudno tu mówić. W przypadkach przewlekłych zabieg operacyjny mógłby może być korzystnym, jak tego dowodzą nieliczne próby.

Nadmienić jeszcze wypada, że dość często zdarzają się drobne wybroczyny w trzustce z powodu chorób serca i płuc, w przebiegu skazy krwotocznej, z powodu zastoin żylnych.

3. **Martwica trzustki**. Martwica, czyli obumarcie (*necrosis*) części albo

całej trzustki, powstaje z powodu, że ustało odżywienie narządu. Przyczyny: *a)* choroby samej trzustki, *b)* zmiany chorobowe w jej otoczeniu.

Ad a) Oprócz spraw zapalnych, krwotoków, zmian w naczyniach krwionośnych, najczęstszą przyczyną martwicy trzustki bywa t. zw. martwica tkanki tłuszczowej (*Fettnecrose*). Ciekawe te i niejasne dotąd zmiany mają postać ognisk drobnych, wielkości soczewicy, białawych, ćmych, czasem spływających się, rozrzuconych w trzustce i w tkance tłuszczowej w różnych okolicach jamy brzusznej. Martwica ta tkanki tłuszczowej w okresach początkowych jest zjawiskiem nierzadkiem u ludzi otyłych. Dalszy rozwój tej sprawy może dać powód do spraw zapalnych ropnych i do obumarcia tkanek, a więc zmian chorobowych nader groźnych.

Objawy, zauważone za życia, bywają bardzo różnorodne. Czasem rozpoznajemy niedrożność jelit, ropień zaotrzewny, otrucie, lub jakieś zakażenie. Znane są przypadki, tyczące się osób rzekomo zdrowych, które nagle w ciągu kilku dni wśród bolów brzusznych, wymiotów, bębnicy i zapadu zmarły, a sekcya wykryła liczne guzkowate, białawe ogniska na sieci, na otrzewnej i na trzustce. Przyszłość okaże, czy wystarczy do rozpoznania martwicy tkanki tłuszczowej wykazanie u ludzi otyłych guza chełboczącego w nadpępczu *(in epigastrio)*, który znika wśród gwałtownej kolki jelitowej i obfitej biegunki, a po niejakim czasie znów się zjawia, tudzież równoczesne znalezienie w stolcach strzępów tkanki tłuszczowej (lub utkania trzustki, według twierdzenia Fränkla). Przypadek ropnia trzustki z rozsianą martwicą tkanki tłuszczowej wyleczył przez operacyę Thayer.

4. **Kamica trzustkowa** *(sialolithiasis pancreatica).* W przewodach trzustkowych wykryto już w r. 1667 kamyki (Graaf). Wielkość kamyków bywa różną, od wielkości grochu aż do wielkości orzecha laskowego; często znajdujemy w przewodach grudki piaskowe, leżące luźno lub tkwiące w ścianach przewodów. Składają się one przeważnie z węglanu i fosforanu wapniowego. Najprawdopodobniej powstają wskutek zastoin i wskutek spraw zakaźnych przewodów. Drobnoustroje chorobotwórcze w złogach wykazano niewątpliwie (Giudiceandrea).

Objawy przypominają kamicę żółciową. Kamica trzustkowa może pozostać utajoną, albo też wytwarza cały szereg zmian następowych zapalnych i zakaźnych. Również i kolka trzustkowa bywa nieraz objawem choroby, najwcześniejszym. Tylko w szczęśliwych niepowikłanych przypadkach rozpoznanie będzie trafnem; opiera się ono na obecności 1) kolki trzustkowej, 2) odejściu kamyków, 2) równoczesnej cukrzycy, 4) stolcach tłuszczowych *(steatorrhoea)* i 5) biegunce azotowej *(azotorrhoea)*. Pamiętać trzeba, że kamyki trzustkowe zazwyczaj bywają białawe, złożone z węglanu i fosforanu wapna, nie zawierają barwika żółciowego, a zaledwie ślady cholestearyny, zaś kamyki żółciowe jasne składają się przeważnie z cholestearyny.

W przypadkach niewątpliwych można (idąc śladem Eichhorsta) stosować podskórne wstrzykiwania $^1/_2$—1 c^3 1$^0/_0$go rozczynu pilokarpiny. Wstrzykiwania wykonywano czas dłuższy (3 r. tygodniowo), zdaje się z niejakim wynikiem. Zresztą należy starać się o poprawę czynności wydzielniczych trzustki zapomocą obfitych mieszanych pokarmów, przypraw i korzeni, kwasów i napojów, zawierających wiele kwasu węglowego. Wobec ropni lub torbieli wskazana operacya.

5. **Torbiel trzustki** *(cystis pancreatis).* Są to najczęstsze guzy trzustkowe (Cecherelli). Mają one ważne znaczenie praktyczne dla chirurgów i są jedną z tych postaci chorób trzustki, które rozpoznać częściej i skutecznie leczyć można. Rozróżniamy torbiele, powstałe wskutek zamknięcia przewo-

dów, przez sprawy zapalne, blizny, nowotwory, kamyki *(cystides e retentione)*, albo też torbiele, rozwijające się wskutek »zwyrodnienia torbielowatego«, nowotworzenia torbielowatego w trzustce *(e proliferatione)*, podobnie, jak w nerkach, jądrach lub sutkach. Prawdopodobną też jest rzeczą, że z krwotoków po urazach rozwinąć się mogą torbiele w trzustce. Oprócz drobnych mnogich torbieli (*ranula pancreatica*, *acne pancreatica)*, rozwijających się w mniejszych przewodach i worczastych rozszerzeń przewodu Wirsunga, widziano torbiele wielkości główki dziecięcia. Sadowią się one przeważnie w części ogonowej trzustki, a rozwinięte, przedstawiają co do topografii swojej kilka typów, najczęściej się powtarzających. Płynna zawartość torbieli dochodzi średnio 1—3 litrów; ale może wynosić nawet do 20 litrów.

Rozpoznanie opiera się na obecności chełboczącego guza (torbielowatego), na obecności cukrzycy, stolców tłuszczowych i biegunki azotowej. Pomocnem może być wydmuchanie żołądka powietrzem i napełnienie okrężnicy płynem lub powietrzem. Czasem lepiej badać chorych stojących. Nakłucie próbne jest niebezpieczne tem bardziej, że z biegiem czasu i treść torbiela, niewątpliwie trzustkowego, znacznie się zmienia i żadnych swoistych składników nie zawiera. Villar zwrócił uwagę na swoisty ból, przechodzący z lewej strony ku prawej do dołu biodrowego.

Leczenie chirurgiczne jest najodpowiedniejsze.

6. **Rak trzustki** *(carcinoma pancreatis)*. Przeszło 1% wszystkich raków usadawia się w trzustce; zdarzają się częściej u mężczyzn, niż u kobiet, i to między 50—60 rokiem życia. Z objawów zasługują na uwagę: stolce tłuszczowe, a częściej nawet nader obfite stolce wskutek tego, że znaczna część pokarmów niestrawiona odchodzi; opisane są jednak liczne przypadki z całkiem prawidłowymi stolcami. Najstalszym objawem bywa ból i to nader dotkliwy, stały, albo też zjawiający się w postaci napadów, jako kolka w nadpępczu. Bole te rozpromieniają się w różnych kierunkach, częściej ku podżebrzu prawemu. Napadowo występujące bole mogą być uważane za nerwobole, częściej wszakże są to istotnie kolki trzustkowe z zastoin trzustkowych, z ucisku powstałe. Wreszcie zdarzają się napady prawdziwej kolki żółciowej, gdy odpływ żółci utrudniony, albo gdy równocześnie istnieje kamica żółciowa. Żółtaczka, objaw w $^3/_4$ wszystkich przypadków stwierdzany, rozwija się zwolna coraz silniej, aż nabierze najsilniejszych odcieni brunatnożółtego zabarwienia skóry, t. zw. »czarna żółtaczka« *(icterus melas)*. Wyjątkowo zjawia się żółtaczka nagle po napadzie kolki.

Żółtaczka, rozwijająca się w późniejszym okresie raka trzustki (usadowionego np. w jej ogonie) może być skutkiem przerzutów, rozsianych w wątrobie. Wątroba okazuje zazwyczaj zmiany, odpowiadające zastoinom żółciowym, a pęcherzyk żółciowy bywa znacznie rozdęty. Wymacanie samego guza nowotworowego nie zawsze jest możliwe, zaledwie w $^1/_4$—$^1/_5$ części wszystkich przypadków. Guz ten okazuje czasem udzielone z tętnicy głównej tętnienie. Często rozwija się puchlina brzuszna. Bębnica jest również zjawiskiem częstem, mianowicie w górnej części brzucha; rzadko ukazują się objawy niedrożności lub wymioty kałowe.

Ciągle postępujące wychudnienie i ogólne postępujące osłabienie są najbardziej może znamiennym objawem raka trzustki, tak iż szybki rozwój chery uważano za swoisty objaw. Uderzającem jest nadzwyczajne osłabienie tych chorych, które, jak zgodnie wszyscy lekarze uznają, nie jest wynikiem samego tylko wyniszczenia. Kto raz widział takiego chorego, temu utkwi w pamięci jego wejrzenie, trafnie skreślone przez Osera: »Chorzy leżą w mil-

czeniu, obojętni... bardziej nękani uczuciem nieopisanej niemocy... niż bolami«.

Mocz często zawiera białko, czasem zdarza się nadmierne moczenie *(polyuria)*, albo cukromocz, choć znamy przypadki, w których trzustka była w całości rakowato zwyrodniała, a mocz nie zawierał cukru. W $^1/_4$ części przypadków stwierdzono obecność cukru. Zdarzająca się czasem gorączka ma swe źródło czasem w sprawach zakaźnych dróg żółciowych; zdaniem niektórych autorów i sam rozwój nowotworu może być przyczyną gorączki. Daleko częściej stwierdzamy ciepłotę niższą od prawidłowej, szczególniej w okresach późniejszych, wskutek krwotoków, w zapadzie. Zabarwienie bronzowe, jak w chorobie Addisona, kilkakrotnie zauważone, należy do wyjątków.

Rozpoznanie może być stosunkowo nietrudnem, jeżeli stwierdzić możemy przeważną część objawów, co niestety nie często się zdarza. Główne cechy raka trzustki opiewają:

1) Żółtaczka, statecznie, zwolna się rozwijająca, wobec wątroby prawidłowej lub mało co powiększonej, z pęcherzykiem żółciowym powiększonym. 2) Guz w okolicy trzustki, szczególniej jej głowy, zwolna wzrastający. 3) Chera szczególniejszego rodzaju *(cachexia pancreatica)*. 4) Bóle usadowione w okolicy trzustki, rozpromieniające się. 5) *Steatorrhoea* i *azotorrhoea*. 6) Cukrzyca.

Pamiętać trzeba, że pozorne raki trzustkowe u ludzi młodych bardzo często są właściwie tylko przewlekłemi zapaleniami trzustki, podobnemi do raków nietylko co do objawów, ale i wejrzeniem makroskopowem (Robson). Bard i Pic twierdzą, że przewlekła, silna, postępująca żółtaczka ze znacznem powiększeniem pęcherzyka żółciowego, szybko zjawiające się wychudnienie i chera z ciepłotą niższą od prawidłowej, wobec wątroby niepowiększonej, (zbiór objawów czyli syndrom Barda i Pica) stanowią pewną podstawę rozpoznawczą.

Nie ulega jednak wątpliwości, że bez wykazania guza nie można być pewnym rozpoznania; z drugiej znów strony brak niektórych cech, częste powikłania, objawy nie dość wyraźne, utrudniają w praktyce w wielu przypadkach oryentowanie się. Często zdarzają się pomyłki z rakiem przewodów żółciowych, z nowotworem dwunastnicy itd.

Leczenie jest oczywiście tylko objawowe. Bole łagodzimy narkotykami, wstrzykiwaniami podskórnemi morfiny. Żywienie chorych wymaga szczególnej troskliwości. Wobec rozpaczliwego stanu chorych należy nieraz pomimo teoretycznych rozumowań stosować się do życzeń chorego, do tych potraw i kombinacyi, które najlepiej mu »służą«. Najmniej nadają się sztuczne przetwory. Dla ułatwienia trawienia można podawać pankreatynę z *natr. bicarb.* $\overline{aa}$ 0·5 na 1 tabletkę. W kwadrans po jedzeniu zażyć 2—4 tabletki.

Czasem znosi chory bardzo dobrze galarety, w szczególności galaretę z soku mięsnego (poprzednio wspomnianą), w pewnych okresach mleko w różnych postaciach, mleko wielokrotne Jaworskiego (podwójne i potrójne) itp. Nieraz musimy się ograniczyć do lawatyw odżywczych, któremi długi czas chorego utrzymać można (zob ustęp o raku przełyku str. 225).

Żółtaczkę leczyć należy według zasad, podanych w poprzednim rozdziale: to samo tyczy się i przypadów następowych żółtaczki.

Chirurgiczne leczenie może w niektórych przypadkach sprawić pewną ulgę. Ruggi w Bolonii pierwszy (w r. 1889) z wynikiem pomyślnym operował raka trzustki. Później ogłoszono jeszcze kilka przypadków. Częściej wszakże ograniczyć się trzeba tylko do wykonania cholecystotomii lub cholecystenterostomii, aby umożliwić żółci odpływ do jelit.

Cukrzyca bronzowa (*diabète bronzé*) W ostatnich latach opisano kilka przypadków cukrzycy ze szczególniejszem zabarwieniem skóry i zmianami w trzustce. Według spostrzeżeń Mariego zdarza się cukrzyca bronzowa przeważnie u mężczyzn między 40—60 rokiem życia. Zimnica, wyskok, uraz, są ważnymi czynnikami etyologicznymi. Choroba powstaje nagle wśród przypadłości żołądkowojelitowych, rzadziej płucnych. Pragnienie cukrzycze i nadmierne moczenie nie są wybitne. Mocz bywa ciemny, bez barwików żółciowych; wątroba znacznie powiększona, śledziona mało co obrzękła. W okresach późniejszych rozwija się znaczna puchlina brzuszna. Chorzy nadzwyczaj chudną, chera ogólna znaczna. Skóra jednostajnie bronzowa, czasem szaroczarniawa, błyszcząca metalowo. Błony śluzowe nie są zabarwione, czem różni się choroba ta od choroby Addisona (zob. str. 116); różni się od niej również i przebiegiem, gdyż cukrzyca bronzowa trwa zazwyczaj kilka miesięcy (najdłuższy przebieg wynosił 2 lata) i kończy się śmiercią. Cukier znika w ostatnich dniach życia z moczu.

Z nieprawidłowości, wykazanych anatomicznie, zasługują na uwagę: łupkowo szare zabarwienie jelit, krezki i gruczołów. Trzustka w przeważnej części przypadków była stwardniałą, rdzawo zabarwioną, przewody drożne. W przestworach międzyzrazikowych znaczny rozrost tkanki łącznej oprócz złogów barwikowych. Również i w komórkach stwierdzono obficie barwik żółtawy, obfitujący w żelazo (z krwi pochodzące). Wątroba jest znacznie powiększoną i twardą, brunatną, jak »stara niewyprawiona skóra«. Zdaje się, że pierwotnie rozwija się stwardnienie włókniste w wątrobie, później w trzustce z następową cukrzycą (*cirrhosis pigmentosa hypertrophica*).

III.

Choroby śledziony.

Uwagi wstępne.

Jakkolwiek śledziona ważne ma zadanie w ustroju, w szczególności w odnowie krwi, to przecież liczne przypadki dowodzą, że wycięcie śledziony nie zawsze miewa zgubne następstwa. Często potem stwierdzamy następowe powiększanie się gruczołów chłonnych, choć nie stale, częściej zmiany w szpiku kostnym, świadczące o wzmożeniu się jego krwiotwórczej czynności.

Wielkość śledziony już w stanie prawidłowym ulega częstym zmianom: obfite, gładkie włókna mięsne ułatwiają skurcz pod wpływem różnych czynników. Śledziona powiększa się pod wpływem ukończenia trawienia z chwilą, gdy przekrwienie trzew ustępuje. Ucisk na żyłę śledzionową łatwo wytwarza obrzęk śledziony; objaw ten tłómaczy też rychłe powiększenie się śledziony wskutek zastoin w żyle wrotnej. Wreszcie i po przecięciu nerwów śledzionowych powstaje obrzęk śledziony.

Szczególniejsza budowa i unaczynienie śledziony, zwolnienie krążenia krwi, nadzwyczaj łatwa zmiana objętości, są to wszystko czynniki, czyniące śledzionę czułym wskaźnikiem dla bardzo wielu chorób zakaźnych, dla otruć, dla chorób krwi itd. (zob. dotyczące rozdziały).

Badanie śledziony. Wzrokiem można stwierdzić znaczne powiększenie śledziony w postaci wypuklenia się okolicy śledzionowej z pod lewego łuku żebrowego. Czasem widzimy, jak przedni brzeg wielkiej, obrzękłej śledziony odbywa wyraźne ruchy, współczesne z oddechem, odpowiadające w zupełności ruchom przepony. W przypadkach zrostów lub znacznych powiększeń śledziony nie widzimy ruchów oddechowych śledziony.

Obmacywanie jest najważniejszym sposobem badania śledziony. U osób szczupłych można dobrze wymacać dolny brzeg śledziony przy lekkim wdechu; jest to jeszcze stan prawidłowy; również uznamy wielkość za prawidłową, jeżeli w prawidłowych zresztą warunkach wcale śledziony nie wymacamy. Spoistość śledziony bywa nader różną; tu tylko osobista wprawa

badającego rozstrzyga. O jednem nie wolno zapominać: za życia badana śledziona wydaje się o wiele twardszą, niż przy sekcyi. Obrzęki wyraźne można łatwo zgiętą lewą dłonią objąć i ocenić; wielkie obrzęki okazują nadto wyraźne wręby *(incisurae lienales, crenae)*, widoczne i na olbrzymio powiększonych śledzionach, połowę jamy brzusznej wypełniających.

W przypadkach świeżych zapaleń torebki śledziony *(perisplenitis)* uda się nam nieraz, lekko uciskając przednią powierzchnię obrzękłej śledziony, wykazać tarcie kołośledzionowe, tarcie, mające cechę skrzypienia, słyszalne czasem tylko podczas ruchów oddechowych.

W niektórych przypadkach wykazać możemy i chełbotanie *(fluctuatio)*. Drganie, unoszenie się (*ballotement*), najczęściej w przypadkach torbieli, łatwo wywołać, układając płasko lewą dłoń od przodu na guz, a prawą uderzając szybko w okolicę lędźwiową. Drżenie wodunkowe (*Hydatidenschwirren*) wykazać można tylko wtedy, gdy napięcie pęcherza bąblowca nie zbyt małe, ani zbyt wielkie. Ból zjawia się za dotykiem śledziony, jeżeli otrzewna zajęta, albo w szybko powstałych zastoinach, ropniach i nowotworach.

Opukiwanie. Śledziona leży po lewej stronie kręgosłupa między 9tem a 11tem żebrem, nieco ukośnie ku dołowi skierowana swoją osią podłużną, odpowiada 10-mu żebru, albo też tworzy z niem kąt ostry i mało przekracza swym brzegiem przednią linię pachową, a dochodzi ledwie do t. zw. linii żebrowostawowej (*linea costoarticularis*), łączącej koniec przedni 11go żebra z lewym stawem mostkowoobojczykowym. Przy zwyczajnych oddechach zasłania płuco górną $^1/_3$ śledziony, dolne $^2/_3$ przylegają do ścian klatki piersiowej. Górny brzeg przebiega wzdłuż 9go żebra i stanowi granicę przestworu półksiężycowatego: dolny brzeg śledziony przebiega wzdłuż 11go żebra i przylega do lewej nerki.

Opukiwanie dotyczy tylko tej części śledziony, która nie jest nakryta płucem; część śledziony dolna, tylna, przytykająca do nerki lewej, jest dla opukiwania niedostępną. Wysokość stłumienia, dochodząca do 9 cm., już oznacza powiększenie śledziony.

Korzystną jest rzeczą opukiwać w pozycyi stojącej i drugi raz w przekątni. Pamiętać trzeba, że w pozycyi stojącej śledziona przybiera położenie nieco bardziej poziome; dalej, że wskutek wzdęcia jelit, nakrycia śledziony przez jelita, wyniki opukiwania bywają czasem nieścisłe; czasem znów treść kałowa, pełny żołądek itd. zwiększają obszar stłumienia. Wynika stąd, że tylko kilkakrotne badanie jest rozstrzygające.

Roentgenografia śledziony mało dotąd daje korzyści rozpoznawczych; u dzieci bywają obrazy lepsze.

Z chorób śledziony są bardzo ważne choroby następowe, jako przeważnie znaczenie rozpoznawcze mające; niemniej znaczenie ich kliniczne jest nieraz wielkie: w porównaniu z niemi choroby śledziony pierwotne, samoistne, bardzo podrzędne mają znaczenie i należą do rzadkości.

Śledziona ruchoma.

Lien migrans. Splenoptosis.

Prawidłowa śledziona tylnym (górnym) końcem oddalona jest na szerokość 2 palców od kręgosłupa; przedni (dolny) koniec wystaje średnio na 3 palce

nad brzeg łuku żebrowego; z kilku więzadeł najważniejszem jest więzadło przeponowośledzionowe, właściwe więzadło śledziony. Przemijające zmiany położenia śledziony nie mają wielkiego znaczenia, natomiast trwała zmiana położenia, połączona z nadmierną ruchomością śledziony (Litten), jest objawem chorobowym i zasługuje na miano śledziony ruchomej. Powodem bywa zniszczenie więzadeł, znaczny obrzęk i ciężar śledziony, chorobowe zwiotczenie ścian brzusznych po licznych porodach. Kilka powodów może równocześnie działać, przyczem i uraz ważne miewa znaczenie. Obsuwanie się śledziony odbywa się zazwyczaj powoli, czasem jednak (Lederrhose, Kundrat) bywa ono wynikiem kilkakrotnie powtarzających się nagłych usunięć śledziony w różnych okresach czasu. Nieraz śledziona ruchoma jest tylko objawem częściowym ogólnej choroby Glénarda, (opadnięcie trzew — *enteroptosis)*.

Śledzionę ruchomą napotykamy wyłącznie u kobiet. Niema prawie miejsca w jamie brzusznej, dokądby śledziona nie »zaszła«. Z własnego doświadczenia znam przypadki u kobiet, u których prawidłowo wielką, lub częściej znacznie powiększoną śledzionę wymacać mogłem nad spojeniem łonowem. Śledziona ruchoma może uledz i skręceniu koło osi swej poziomej, przyczem skręcenie naczyń śledzionowych sprowadzić może zmiany następowe: zanik, rozmięknienie, zatory i t. d. Często objawów podmiotowych ruchomej śledziony brak; w innych przypadkach zdarzają się bole miejscowe i rozpromieniające się obok objawów ogólnych, z których trudno orzec, czy zależą od ruchomej śledziony, czy też od histeryi.

Rozpoznanie opiera się na: 1) wykazaniu braku śledziony w miejscu prawidłowem i 2) na wykryciu guza, odpowiadającego śledzionie swoimi zarysami. Pamiętać trzeba, co Litten udowodnił, że w przypadkach śledziony ruchomej u kobiet obie nerki dają się wymacać, po czem łatwo odróżnić nerkę ruchomą. Wymacanie w podbrzuszu guza o cechującym kształcie pozwoli najczęściej bez wielkich zachodów rozpoznać śledzionę ruchomą; nieraz uda się wymacać i tętnicę śledzionową.

Leczenie. Leczenie apteczne (chinina, arszenik) ruchomej zimniczej śledziony rzadko kiedy skutkuje, gdyż prawie zawsze są to zastarzałe obrzęki. Najczęściej nie pozostaje nic innego, jak założenie dobrej opaski, podtrzymującej odprowadzoną śledzionę w miejscu prawidłowem. Litten zaleca peloty, wypełnione gliceryną. Wielce obiecujące są zabiegi chirurgiczne, wykonane przez Rydygiera *(splenopexis)*, uwieńczone świetnym skutkiem. Wyłuszczenie śledziony ruchomej, zazwyczaj znacznie powiększonej, tylko wtedy jest usprawiedliwione, jeżeli dolegliwości są bardzo znaczne, a ciężar śledziony nie przekracza 3.000 gm (Vulpius). Śmiertelność wynosi 32·5$^0/_0$.

Obrzęk śledziony.

Tumor lienis.

Obrzęk ostry cechuje się szybkiem powiększeniem się śledziony i również rychłym powrotem do wielkości prawidłowej, gdy choroba pierwotna ustąpi. Obrzęk ostry jest zawsze wyrazem zakaźnych zmian krwi, nie jest tedy odrębną chorobą, lecz jest tylko objawem chorobowym. Pod wpływem bodźca zakaźnego przerasta ilościowo miazga śledzionowa szybko i nader łatwo. Szczególniejsza budowa anatomiczna sprzyja temu objawowi. Bardzo ścisłe zetknięcie się krwi krążącej z komórkami limfatycznemi i z siatką miazgi śledzionowej ułatwia grzęźnięcie istot zakaźnych w tem utkaniu podrażnionem i wskutek tegoż następowo ulegającem przerostowi ilościowemu. Śledziona zachowuje się wprost jako sączek, zatrzymujący drobnoustroje. W niektórych chorobach zakaźnych stwierdzono niewątpliwy ostry obrzęk śledziony już w okresie

wylęgania się choroby *(st. incubationis).* W rozwiniętym durze brzusznym ostry obrzęk śledziony należy wprost do znaków rozpoznawczych swoistych; brakuje go tylko bardzo wyjątkowo (4% Litten). W innych chorobach zakaźnych obrzęk śledziony może nie jest tak typowem zjawiskiem, ale objawem nadzwyczajnie częstym, niemal stałym.

Anatomiczną podstawą ostrego obrzęku śledziony jest początkowo silne przekrwienie, z następowym ilościowym przerostem składników prawidłowych. Przekrwienie i następowe napęcznienie śledziony w sprawach zakaźnych ostrych dochodzi do takiego stopnia, że sprowadza czasem pęknięcie torebki śledzionowej. W miarę trwania obrzęku oczywiście śledziona staje się zbitszą, — co wprawne palce przy badaniu łatwo stwierdzają.

Leczenie odrębne samego obrzęku nie ma żadnego uzasadnienia. Lecząc chorobę główną, równocześnie działamy i na jej objawy, jakim jest ostry obrzęk śledziony. Zabiegi lecznicze, wprost na śledzionę skierowane (np. stosowanie prądu przerywanego itp.), rzeczywiście zmniejszające obrzęk, nie mogą być uważane za leczenie racyonalne. W ostrym obrzęku śledziony zjawiają się czasem wskutek napięcia torebki, albo wskutek rozwijających się objawów zapalenia kołośledzionowego *(perisplenitis)* silne bole, które łagodzić należy gorczycznikami, suchemi bańkami, kataplazmami lub też lodem, a w ostateczności, jeżeli niema przeciwwskazań, i morfiną.

Ostry obrzęk śledziony »tętniący« zauważano czasem w przypadkach ostrej zakaźnej choroby u dotkniętych wadami serca.

Przewlekły obrzęk śledziony rozwija się albo z ostrego, albo też od samego początku przebiega jako przewlekła sprawa, wskutek zastoin, przewlekłych chorób krwi, w białaczce, gnilcu, skrobiawicy, wskutek zakażeń, jak: kiła, trąd, krzywica, gruźlica. Zauważyć trzeba, że czasem i chorobowe sprawy przewlekłe w jelitach wywołać mogą skrycie, zwolna zwiększający się przewlekły obrzęk śledziony. W tych przypadkach może przyjąćby można działanie istot trujących, wytwarzających rodzaj zakażenia śledziony.

Objawy przewlekłego obrzęku śledziony mogą być najróżnorodniejsze, w przeważnej części zależne będą od choroby pierwotnej; jej leczenie systematyczne będzie zarazem leczeniem obrzęku. O ewentualnem wycięciu śledziony mówiliśmy powyżej.

Skrobiawica śledziony ma swoiste cechy i towarzyszy prawie zawsze (98% Litten) ogólnej skrobiawicy; odkrył ją Virchow w r. 1846, a naukowo wyjaśnił w r. 1853.

Rozróżniamy trzy rodzaje: zwyrodnienie rozlane, zwyrodnienie ogniskowe (śledziona sagowata, właściwie zwyrodnienie pochewek limfatycznych) i kombinacye tych dwóch rodzajów. Rozpoznanie będzie możliwem, jeżeli stwierdzimy: 1) śledzionę powiększoną, zgrubiałą, twardą, o brzegach zaokrąglonych; 2) istnienie choroby, sprowadzającej zazwyczaj zwyrodnienie skrobiowate śledziony (lub wątroby), o czem wyżej przy skrobiawicy mówiliśmy; 3) jeżeli równocześnie istnieje twardy obrzęk wątroby, puchlina, bardzo często białkomocz, nieraz i biegunka. Czasem brak wyraźnych objawów, albo znów odkrycie skrobiawicy przy obdukcyach bywa niespodzianką, albo też zawodzą cechy rozpoznawcze.

Rokowanie oczywiście zależy od cierpienia pierwotnego; zwłaszcza spostrzegano polepszenia skrobiawicy śledziony, powstałej wskutek kiły, wrzodów podudzia lub przewlekłych nieżytów oskrzeli. Zwyrodnienie skrobiowate śledziony anatomicznie wprawdzie zdaje się nie ustępuje, ale pomimo to stan chorego może się poprawić.

W kiłowych zwyrodnieniach skrobiowatych śledziony zauważono korzystne wyniki po stosowaniu kąpieli siarczanych lub też gorących (Herkulesbad, Cieplice) przy równoczesnem leczeniu przeciwkiłowem rtęcią i jodem.

W innych przypadkach leczenie skrzepiające, żelazo, mangan, arsen, *syrupus ferri jodati*, obfite żywienie, kąpiele, mogą przynajmniej odwlec na długi czas niepomyślne zejście.

Gruźlica śledziony, jako objaw gruźlicy ogólnej, rzadko kiedy sprowadza znaczny obrzęk. W ostrej prosówkowej gruźlicy można prawie zawsze stwierdzić ostry obrzęk śledziony, (czasem i bez gruzełków prosowatych, jak przy sekcyach widzimy). Znaczniejszy twardy obrzęk śledziony w gruźlicy przewlekłej jest prawie zawsze skutkiem skrobiawicy śledziony.

Kiła śledziony. W kile dziedzicznej stwierdzamy w 31·1% (Neumann) u noworodków, powiększoną, twardszą śledzionę wskutek przerostu ilościowego składników postaciowych śledziony; ciężar śledziony w tych przypadkach znacznie się zwiększa (14 gm.) i wynosi 0·7% ciężaru ciała (w stanie zdrowia wynosi 0·3 %) (Hirschfeld). Drobne kilaki zjawiają się u dzieci starszych.

W kile nabytej zdarzają się obrzęki śledziony rzadziej, nie wszystkie bowiem obrzęki śledziony u chorych kiłowych są następstwem kiły. Już podczas istnienia wrzodu pierwotnego, czasem przed zjawieniem się wysypki, można stwierdzić świeży, ostry obrzęk śledziony, jako objaw zakażenia krwi *(splenitis acuta)*. Obrzęk ten znika pod wpływem leczenia. W późniejszych okresach kiły zdarza się inna postać obrzęku: śródmiąższowe zapalenie śledziony *(splenitis interstitialis)*, przyczem jej spoistość znacznie się zwiększa. Śledziona staje się twardszą, łykowatą, często bliznowato zniekształtnioną, podobnie, jak wątroba w marskości kiłowej.

Rozpoznamy tę zmianę, jeżeli równocześnie stwierdzić możemy i zmiany kiłowe w innych narządach (np. w wątrobie). Rokowanie zależy w pierwszym rzędzie od choroby pierwotnej, od stanu ogólnego. W każdym jednak razie rokowanie jest wątpliwe, gdyż zmiany bliznowate w śledzionie nie ustąpią, a zbyt często istnieją inne powikłania.

O zwyrodnieniu skrobiowatem w późnych okresach kiły wspomniano powyżej. Zazwyczaj śledziona okazuje najwcześniej zmiany skrobiowate. Inną postacią, w jakiej objawia się kiła w śledzionie, są kilaki *(gummata)* śledziony.

Są to zmiany bardzo rzadkie. Rozróżniamy kilaki prosowate (*gummata miliaria*) i guzy kilakowe; równocześnie można czasem stwierdzić śródmiąższowe zapalenie śledziony. Środkowe, starsze części guzów kilakowych ulegają zmianom rozpadowym, zserowaceniu; części obwodowe, albo guzy świeże, bywają szaraworóżowe, twardsze nieco od śledziony, na przekroju nieco się wypuklają. Bliznowate zniekształtnienia śledziony odpowiadają w tych przypadkach zmianom kiłowym.

Rozpoznanie tylko wobec szczególniejszego usadowienia się guzów kilakowych byłoby możliwe. Należyte leczenie przeciwkiłowe czyni zadość wskazaniom leczniczym i co do zmian w śledzionie. Pomimo to nieraz obrzęk śledziony nie ustępuje.

Zawał krwawy śledziony.

Infarctus lienis.

Najczęstszą siedzibą zatorów bywa tętnica śledzionowa i nerkowa, (rzadziej tętnice mózgowe, wieńcowe serca, krezkowe itd.). Oprócz zatorów zdarzają się również w tętnicy śledzionowej zakrzepy wskutek miażdżycy.

Następstwem zatorów (i zakrzepów) są zawały *(infarctus)* śledziony, albo też następowo z zawału rozwijający się ropień, jeżeli zator był zakażony.

Wszelkie tedy sprawy chorobowe, mogące wytworzyć zatory w sercu i w naczyniach krwionośnych, w szczególności zapalenie wsierdzia wrzodziejące, przewlekłe zapalne stany mięśnia sercowego, ogólna posocznica itd., mogą być przyczyną zawału w śledzionie.

Rozpoznanie opiera się 1) na chorobie głównej, mogącej sprowadzić zawały, zatory tętnicy śledzionowej; 2) na bolu, często rozpromieniającym się ku górze, ku lewemu barkowi, silnym, nagle wśród przebiegu choroby występującym; 3) na powiększeniu śledziony; 4) czasem na dreszczach i gorączce, wreszcie 5) na tarciu śledzionowem, czasem wyczuwalnem. Jeżeli przypadłości po paru dniach miną, a po niejakim czasie na nowo występują, to

prawie napewno rozpoznać możemy świeży, powtórny zawał. Niestety w licznych przypadkach prócz stwierdzenia (często domysłu) wrzodziejącego zapalenia wsierdzia (zob. t. II. str. 332), wszystkie inne objawy mogą mieć swe źródło nie w zawale, lecz w chorobie głównej, jak np. ostry obrzęk śledziony, gorączka itd. Pamiętać trzeba, że znaczna część zatorów bywa przyrody zakaźnej, że więc ropnie w śledzionie prawie równie często rozwijać się mogą, jak zawały. W leczeniu oprócz wskazań, wynikających z choroby głównej, staramy się lodem, narkotykami uśmierzyć dolegliwości miejscowe.

Ropień śledziony nie zdarza się często; zazwyczaj ropień bywa zmianą następową, przeważnie powstałą z zawałów, zatorów, albo jest wytworem zapalenia przerzutowego. Ropnie nieraz zjawiają się w śledzionie w kilku miejscach. Najczęściej przytrafiają się ropnie w durze powrotnym *(febris recurrens)*, już nie tak często w ropnicy, w zapaleniu wrzodziejącem wsierdzia, czasem w durze brzusznym. Wielkość ropni nie przekracza wielkości orzecha laskowego, czasem bywają nieco większe, wyjątkowo zdarzyć się mogą ropnie wielkie, zropienie nawet całej śledziony.

Rozpoznać ropień śledziony jest nader trudno; najwyżej uda nam się rozpoznać zawał, a z uwagi na trwanie objawów, na zwiększoną bolesność śledziony, wzrastający obrzęk, gorączkę zwalniającą lub ropniczą, usprawiedliwione będzie przypuszczenie, że w śledzionie wytwarzają się ropnie. O wykazaniu chełbotania myślećby można tylko przy ropniach powierzchownych; chyba nakłucie mogłoby wątpliwości usunąć. Drobne, w głębi położone ropnie mogą rozwijać się bez żadnych dolegliwości podmiotowych. Nagłe zmniejszanie się rozmiarów śledziony, wystąpienie zapalenia otrzewnej, mogłoby wskazywać, że ropień pękł do jamy otrzewnej

Rokowanie zależy od choroby pierwotnej; przy sekcyach widzimy czasem »wygojone« (zagęszczone) ropnie.

Leczenie tylko chirurgiczne, zwłaszcza ropni większych.

Guzy śledziony.

Z guzów stałych zdarzają się czasem następowo, nader wyjątkowo pierwotnie: rak i mięsak; wywołują one znaczne powiększenie śledziony. Obmacywaniem wykazać można pod lewym łukiem żebrowym guzowaty, dość twardy obrzęk, wzrastający powoli. Jeżeli wiek, chera ogólna, stan gruczołów, odpowiada obrazowi chorobowemu, to z pewnem prawdopodobieństwem rozpoznać można złośliwy nowotwór, który wszakże nietylko może mieć początek w śledzionie, lecz i w żołądku, jelicie, albo i w trzustce.

Mięsaki przerzutowe śledziony są zjawiskiem częstszem.

Z torbielowatych chełboczących guzów znamy w śledzionie 1) torbiele pochodzenia niepasorzytnego (torbiele krwotoczne, limfatyczne i t. d.) 2) bąblowce i 3) torbiele skórzaste.

Guzy torbielowate mogą się rozwinąć skrycie, bez objawów. Zazwyczaj nabierają znacznych rozmiarów. Stosunkowo częściej spotykamy bąblowce. Na 900 przypadków bąblowca naliczył Weisser 28 bąblowców śledziony, Finsen zaś tylko dwa razy mógł stwierdzić bąblowca śledziony na 235 przypadków bąblowca narządów jamy brzusznej. Rozpoznanie zależy wielce od (korzystnego) usadowienia się guza. Drżenie wodunkowe *(Hydatidenschwirren)*, wre-

szcie i nakłucie[1]), mogą wielce przyczynić się do rozpoznania. Dla wykazania drżenia wodunkowego w bąblowcu śledziony radzi Litten ułożyć pukadło (plesymetr) na chełboczącem miejscu guza, a brzeg łokciowy lewej ręki oprzeć na ścianach brzusznych. Uderzając szybko, ale króciutko młotkiem (w plesymetr), odczuwa się brzegiem łokciowym lewej ręki bardzo wyraźnie to drżenie. (Porówn. uwagi, podane w rozdziale o bąblowcu wątroby (zob. str. 190). Bąblowce mogą zwapnieć, albo co gorsza zropieć. Rokowanie zależy od usadowienia się i rozmiarów guza. W przypadkach wcześnie operowanych można rokować korzystnie, jeżeli niema powikłania w innych narządach. O zapobieganiu chorobie mówiliśmy w ustępie o bąblowcu wątroby.

Pęknięcie śledziony.

Ruptura lienis.

Pod wpływem urazów zdarza się czasem, że śledziona zdrowa pęka, naddziera się itd. Pęknięcia, przerwania chorej śledziony zdarzają się częściej. Tyczy się to szczególniej śledziony zimniczej, której utkanie kruche, objęte napiętą torebką, łatwo pęka pod wpływem urazów. Objawy odpowiadają groźnemu krwotokowi wewnętrznemu. Gwałtowny ból, omdlenie, wymioty, drgawki, są objawami stałymi. Chwilę rozerwania śledziony chorzy dokładnie odczuwają i nieraz uciskają okolicę śledziony rękoma. W dolnych częściach jamy brzusznej wykazać można stłumienie, odpowiadające wylanej krwi. Jeżeli nadwerężona śledziona zrośniętą była z otoczeniem, wtedy kształt stłumienia śledziony będzie nieregularnym z powodu wylania się krwi do przestworów pomiędzy zrostami i więzadłami. Rozpoznanie tylko nader rzadko będzie możliwem, mianowicie wtedy, jeżeli badający wie, że chory dotknięty był znacznym obrzękiem śledziony. Rokowanie jest złe.

Leczenie. Śmiertelny krwotok wewnętrzny bywa najczęstszem następstwem przerwania śledziony. W przypadkach, w których wogóle może lekarz jeszcze udzielić pomocy, należy przyłożyć lód na okolicę śledziony. Równocześnie stosować należy lawatywy lodowe, podskórnie sporysz i morfinę, lub makowiec wewnętrznie. Czy w tych przypadkach pomogą wiele leki podniecające, przetoczenie krwi przez obandażowanie kończyn, jest rzeczą wątpliwą. Zabiegi chirurgiczne, laparotomia i wyłuszczenie śledziony w rozpaczliwych przypadkach mogłyby może wyratować chorego. Zapobiegawczo powinni chorzy, dotknięci znacznymi obrzękami śledziony, unikać wszystkiego, coby mogło wywołać pęknięcie śledziony.

Nowsze dzieła:

H. Quincke u. G. Hoppe-Seyler. Krankheiten der Leber. (Spezielle Pathologie u. Therapie von H. Nothnagel. B. XVIII.).

L. Oser. Erkrankungen des Pankreas. (Spezielle Pathol. u. Therapie von H. Nothnagel. B. XVIII.).

Chauffard. Traité de médicine. T. III. 1892. (Dzieło zbiorowe).

Frerich's. Klinik der Leberkrankheiten. Jakkolwiek z r. 1861 nadzwyczajnej wartości praca.

Naunyn. Klinik der Cholelithiasis.

Rejchman. O leczeniu kamicy. »Gaz. Lek.« 1900. str. 1151.

M. Litten. Die Krankheiten der Milz (Spezielle Pathol. u. Therapie von H. Nothnagel. B. VIII.).

---

[1]) Wielu chirurgów odradza nakłucie, jako zabieg niebezpieczny — chyba z natychmiastową laparotomią.